

LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIOLOGIE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

Intérêt
Bilan de quatre ans d'activité

THÈSE

PRÉSENTÉE

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 JANVIER 1976

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Alain NOUVEL

né le 10 Juin 1945 à LYON 69003



UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

U.E.R. MÉDECINE LYON-NORD

ANNÉE 1976 — N° 33

LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIOLOGIE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

Intérêt

Bilan de quatre ans d'activité

THÈSE

PRÉSENTÉE

A L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I

ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 22 JANVIER 1976

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

par

Alain NOUVEL

né le 10 Juin 1945 à LYON 69003



LA CONSULTATION D'ANESTHÉSIOLOGIE PRÉ-ANESTHÉSIQUE

Bilan de quatre ans d'activité
Intéret

THÈSE

PRÉSENTÉE
À L'UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD - LYON I
ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 20 JANVIER 1983
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE



Alain NOUVEL

né le 10 Juin 1952 à LYON 69003



UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON I -
UNITE D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE
MEDECINE LYON NORD
8, avenue Rockefeller 69373
LYON CEDEX 2

TABLEAU DU PERSONNEL DE L'UNIVERSITE

Président de l'Université : Professeur J. BOLDIN

Premier Vice Président : Professeur R. TOURAINE

Deuxième Vice Président : M. P. PONCET

Troisième Vice Président : M. C. BADOR

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

Secrétaire Général : M. RAMBAUD

-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-o-

UNITES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE DE L'UNIVERSITE

MEDECINE Grange Blanche : Directeur : Professeur D. GERMAIN
Alexis Carrel : Directeur : Professeur C. GIROD
Sud-Ouest : Directeur : Professeur J. ROBERT
Lyon-Nord : Directeur : Professeur J.P. GARIN
Directeur Honoraire : Professeur A. BERTOYE

BIOLOGIE HUMAINE : Directeur : Professeur J.C. CZYBA

TECHNIQUES DE READAPTATION : Directeur : Docteur MORGON A. - Maître de Conférences
Agrégé

SCIENCES PHARMACEUTIQUES : Directeur : Professeur M. ODDOUX

SCIENCES ODONTOLOGIQUES : Directeur : Docteur R. VINCENT

INSTITUT REGIONAL D'EDUCATION PHYSIQUE ET SPORTIVE :
Président du Conseil de l'U.E.P. : Professeur R. GUILLET
Directeur : M. MILLON

MATHEMATIQUES : Directeur : Professeur G. MAURY

PHYSIQUE : Directeur : Professeur R. UZAN

CHIMIE ET BIOCHIMIE : Directeur : Professeur J. HUET

SCIENCES DE LA NATURE : Directeur : Professeur J. BRUN

SCIENCES PHYSIOLOGIQUES : Directeur : M. FONTANGES R. (Maître de Conférences
Agrégé)

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 1 : Directeur : Professeur POUYET B.

INSTITUT UNIVERSITAIRE DE TECHNOLOGIE N° 2 : Directeur J. GALLET - Directeur
E.N.S.A.M.

OBSERVATOIRE : Directeur : Professeur BIGAY J.H.

PHYSIQUE NUCLEAIRE : Directeur : Professeur SARAZIN A.

MECANIQUE : Directeur : Professeur MATHIEU J.

---ooo000ooo---

COMPOSITION DU JURY

- PRESIDENT :

Monsieur le Professeur R. DELEUZE U.E.R. Alexis Carmel

- ASSESSEURS :

Monsieur le Docteur J. LAIR (M.C.A.) U.E.R. Sud-Ouest

Monsieur le Docteur A.J.D. MICHEL (M.C.A.) U.E.R. Sud-Ouest

Monsieur le Docteur J. MOSKOVITCHENKO (MCA) U.E.R. Lyon-Nord

A MES PARENTS

A TOUS MES FRERES ET SOEUR

A NICOLE

A MES BEAUX PARENTS ET A MICHEL

A TOUTE MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41553602_0022

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR R. DELEUZE

Nous le remercions de l'honneur qu'il nous fait en acceptant la Présidence de notre jury de thèse.

Nous savons que ce sujet lui tient à coeur. Malgré ses nombreuses activités, il nous a reçu avec beaucoup d'amabilité, et n'a pas hésité à consacrer un temps précieux à l'élaboration de ce travail.

Qu'il trouve ici l'expression de notre profonde reconnaissance.

A NOS JUGES :

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ A.J.D. MICHEL

Nous le remercions du grand honneur qu'il nous fait en voulant bien siéger parmi nos juges.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ J. LAIR

Il nous a ouvert les portes de son service, contribuant ainsi pour une large part à l'élaboration de notre travail.

Nous le remercions vivement d'être l'un de nos juges et nous l'assurons de notre respectueuse estime.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ J. MOSKOVITCHENKO

Nous le remercions pour l'intérêt qu'il veut bien trouver à ce travail.

Nous sommes très sensibles à l'attention qu'il nous témoigne en siégeant dans notre jury.

A MADEMOISELLE LE DOCTEUR Y. DUBOIS

Plus d'une fois, nous avons pu apprécier ses multiples connaissances et sa disponibilité permanente.

Elle nous a aidé dans l'élaboration de ce travail sans jamais ménager son temps ni sa patience.

Qu'elle soit assurée de notre vive amitié.

A MONSIEUR LE DOCTEUR POYADE

Nous avons eu avec lui de fructueuses discussions sur notre sujet.

Sa précieuse collaboration nous a permis de réaliser ce travail.

Nous l'assurons de notre sincère reconnaissance.

A MONSIEUR LE DOCTEUR A. GIRAULT

Il nous a proposé le sujet de cette thèse.

Il a guidé de sa compréhension bienveillante notre entrée dans le monde anesthésiologique.

Qu'il veuille bien recevoir le témoignage de notre vive gratitude.

Nous tenons à remercier ici ceux qui ont bien voulu nous éclairer de leur expérience et nous faire partager leurs opinions :

Madame le Professeur NICOLAS (C.H.R. de Nantes)

Monsieur le Professeur GUILMET (Hôpital Saint Antoine Paris)

Monsieur le Professeur ROQUEFEUIL (C.H.U. de Montpellier)

Au Personnel du Service de Stomatologie de l'Hôpital de l'Antiquaille.

Son aide nous a été précieuse. Nous l'en remercions très sincèrement.

I N T R O D U C T I O N

Six millions d'anesthésies données par an en clientèle privée. La proportion d'accidents peut être estimée de 1/4500 à 1/6000 anesthésies ; donc 1000 à 1500 accidents se produisent chaque année. Dans le secteur public, la proportion d'accidents est sans doute équivalente, mais il est plus difficile de trouver des statistiques.

Malgré les progrès de l'anesthésie qui a permis de faire régresser la mortalité anesthésique (estimée à 1/634 anesthésies de 1931 à 1943 aux Etats Unis), l'acte d'anesthésie demeure un acte grave. En effet, la fréquence des accidents ne diminue pas, malgré de meilleures structures et une augmentation quantitative de la spécialisation. Ceci semble le fait :

- d'une augmentation du nombre d'actes chirurgicaux
- d'une augmentation du nombre d'anesthésies
- d'une augmentation du nombre des anesthésiologistes
- du caractère parfois audacieux de certaines anesthésies
- de l'accroissement du nombre des réclamations de la part des malades accidentés ou de leur famille.

Or, à chaque accident, des organismes et de nombreuses personnes sont concernés :

- les compagnies d'assurance : les charges qui dépendent de l'anesthésie s'accroissent
- les cliniques : le personnel et les structures matérielles ne sont pas toujours adaptés
- les responsables de la santé publique
- les experts et les magistrats
- les médecins dans leur ensemble
- les anesthésiologistes (souvent rendus responsables des accidents) auxquels on associe :

- + les chirurgiens

- + les personnes amenées à donner des anesthésies :

- . auxiliaires médicaux
- . dentistes
- . stomatologistes
- . otorhinolaryngologistes
- . quelques omnipraticiens

L'anesthésie générale, qui déprime certaines fonctions vitales de l'organisme, est donc un acte dangereux, mettant en jeu non seulement le pronostic fonctionnel, mais aussi le pronostic vital.

C'est pour diminuer le risque opératoire, et avoir un moyen de prévenir les complications per ou post-opératoires par une meilleure préparation du malade à l'intervention, que des anesthésistes-réanimateurs ont créé la "consultation pré-anesthésique".

"Activité encore souvent discutée, même à l'intérieur de notre spécialité, il s'agit pourtant d'un aspect évident de notre discipline qui s'épanouira lorsque l'anesthésiologiste sera considéré comme un médecin à part entière".

Dans un premier temps, nous définirons la consultation pré-anesthésique en montrant son intérêt et ses buts.

Puis nous analyserons les réalisations actuelles, étrangères et françaises, en détaillant celle du Professeur GUILMET qui fut la première en France.

D'autre part, dans le cadre d'une étude personnelle, nous dresserons le bilan de la consultation réalisée dans le service de stomatologie du Professeur LAIR à l'Hôpital de l'Antiquaille depuis 1971.

Cette étude nous permettra ensuite de cerner les problèmes posés :

- par le "risque opératoire"
- par l'anesthésie ambulatoire.

Nous serons ainsi amenés à proposer les modalités de réalisation d'une consultation pré-anesthésique dans le cadre hospitalier actuel.

CHAPITRE I

POURQUOI LA CONSULTATION

DEFINITION

L'anesthésiologie est une branche de la médecine qui n'est pas limitée à la mise en oeuvre des techniques rendant le patient insensible à la douleur et au stress émotionnel durant certaines interventions chirurgicales et obstétricales, et au maintien des fonctions vitales durant l'anesthésie et l'acte chirurgical.

L'anesthésiologiste est en effet plus qu'un technicien, un homme destiné à faire les piqûres, pour lesquelles il aura savamment dosé les produits, à "tourner" des manettes pour endormir le malade et, dans la mesure du possible, pour le réveiller.

C'est aussi un réanimateur, c'est-à-dire un médecin à part entière. Il doit donc s'intéresser à la période post- et surtout pré-opératoire.

Et en créant la consultation en 1967, le Professeur GUILMET voyait là une occasion de médicaliser la profession à une époque où elle était tiraillée entre des spécialistes (qui ne sont pas anesthésiologistes), et des techniciens (qui endormiront les malades).

Il existe d'autre part des règles minimales de sécurité concernant l'administration de l'anesthésie.

L'évaluation de l'état pré-opératoire du patient sera toujours faite par un médecin responsable qui déterminera les thérapeutiques nécessaires pour préparer le malade à l'anesthésie et à l'intervention. Cela exige, pour chaque patient, l'établissement d'un dossier médical qui est ensuite communiqué au médecin responsable de la préparation ; celui-ci doit effectuer PERSONNELLEMENT la visite pré-opératoire. Au cours de cet examen, on recherchera plus spécialement les antécédents médicaux, chirurgicaux et anesthésiques des patients, les thérapeutiques antérieures et leur incompatibilité éventuelle avec les agents dont l'emploi est envisagé pour la pré-narcose ou l'anesthésie.

L'examen clinique du patient en vue de l'anesthésie ne sera jamais omis et sera complété éventuellement par la consultation des spécialistes d'autres disciplines. Les résultats de ces examens, ainsi que les prescriptions qui en découlent seront consignées dans le dossier du patient et sur la feuille d'anesthésie.

Ces règles de sécurité, d'après Dornette, sont le principe même de la consultation pré-anesthésique.

La consultation est donc un examen complet du futur opéré afin de mieux le connaître, tant sur le plan physique que psychique, pour prévoir le plus justement possible ses réactions face aux agressions que sont l'acte chirurgical et l'anesthésie, et diminuer la part de "l'imprévisible" qui entraîne malheureusement souvent des accidents.

C'est ce qu'écrivait encore le Professeur GUILMET aux Chefs de Service et aux Chefs de Clinique de l'Hôpital Saint Antoine, lors de la création de sa consultation :

"... C'est dans la mesure où votre examen vous orientera vers une tare susceptible de retentir sur l'anesthésie ou sur un état pathologique dont l'amélioration peut être envisagée à la phase pré-opératoire, que nous souhaitons que vous nous adressiez ces malades". C'est également en s'appuyant sur les règles minimales de sécurité que Monsieur PONIATOUSKI, alors Ministre de la Santé Publique, déclarait, par la circulaire N° 394 du 30 avril 1974, "que tout malade devant subir une anesthésie devra faire l'objet d'une consultation pré-opératoire" (Document ci-joint).

Et Monsieur LAVOGEZ, au cours d'une réunion syndicale du 21 septembre 1974, mettait aussi en évidence "la nécessité d'une consultation pré-opératoire provoquée par le médecin traitant, le chirurgien, le spécialiste ou le malade lui-même". (Document ci-joint)

On peut être tenté de confondre la consultation pré-anesthésique avec l'examen pré-opératoire habituel, la différence n'étant, somme toute, que de quelques jours.

En fait, la distinction est capitale : la consultation ouvre un dialogue direct, en dehors de l'influence, ou même de la domination chirurgicale entre le malade et l'anesthésiologiste, ou même entre le médecin traitant et l'anesthésiologiste.

Prenons l'exemple d'une consultation qui se déroule à l'intérieur du département d'anesthésiologie. Les malades qui y sont adressés proviennent :

- soit des services de chirurgie pour un bilan pré-opératoire demandé par le chirurgien ou l'anesthésiologiste.

- soit des services de médecine, avant le passage du futur opéré en milieu chirurgical : il ne s'agit pas là de discuter une indication opératoire évidente, mais d'établir un risque et de fixer la durée et le mode de la préparation à l'intervention. Un temps précieux est ainsi gagné, le malade arrivant en chirurgie prêt pour l'intervention.

- soit des médecins généralistes de la ville, pour évaluer le risque et étudier la possibilité d'une préparation à domicile par exemple.

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE

MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA SECURITE SOCIALE

REPUBLIQUE FRANCAISE

DIRECTION GENERALE DE LA SANTE PUBLIQUE

Paris, le 30 avril 1974

Division de la Conception Hospitalière

CIRCULAIRE N° 394 DU 30 AVRIL 1974 RELATIVE A
LA SECURITE DES MALADES ANESTHESIES

Le Ministre de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale
à

Messieurs les Préfets de Région - Messieurs les Préfets
Messieurs les Chefs de services régionaux de l'action
sanitaire et sociale
Messieurs les Médecins inspecteurs régionaux de la santé
Messieurs les Directeurs départementaux de l'action sanitaire
et sociale
Messieurs les Médecins inspecteurs départementaux de la santé,

En application des articles 20 et 33 de la loi N° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, mes Services procèdent à la mise au point de normes d'équipement et de fonctionnement des établissements d'hospitalisation publics et privés.

Bien que ces travaux soient conduits avec célérité, leur achèvement risque, en raison de leur ampleur et de leur extrême complexité, de nécessiter un certain délai. Il m'a donc paru indispensable d'appeler, dès à présent et sans attendre la publication de ces normes, l'attention du corps médical et des responsables des établissements d'hospitalisation publics et privés sur certains problèmes de l'anesthésie.

Ces problèmes revêtent une importance particulière à un moment où les accidents imputés à l'anesthésie sont fréquemment mis en relief par la presse, et font parfois l'objet de poursuites judiciaires. De plus, ils sont considérés, surtout si leurs conséquences sont graves, comme inadmissibles par un public confiant dans les progrès de la médecine, la présomption d'une faute étant encore plus facilement avancée si l'accident survient à l'occasion d'une intervention chirurgicale mineure.

L'objet de la présente circulaire n'est pas de donner des directives sur les techniques anesthésiques, mais de souligner que tout malade subissant une intervention chirurgicale ou une investigation, sous anesthésie générale, régionale ou locale, doit être soumis à une surveillance médicale continue. Cette surveillance ne devra pas être moins attentive en cas d'actes d'apparence bénigne, de brève durée, ou qui se succèdent rapidement.

Il convient tout d'abord de rappeler que les anesthésies ne pourront être pratiquées que dans des salles équipées en permanence de dispositifs et appareils permettant l'intubation, l'aspiration et la ventilation du malade.

Il y a également lieu de préciser que tout malade devant subir une anesthésie devra faire l'objet d'une consultation pré-opératoire. Celle-ci permettra au médecin Anesthésiste-Réanimateur d'examiner le malade et de prendre connaissance de son dossier. Elle doit avoir lieu suffisamment tôt pour permettre de demander tout examen complémentaire et conseiller tout traitement jugé nécessaire. Cette consultation aboutira à l'indication ou à la contre-indication d'une technique anesthésique ou de toute anesthésie.

Toute anesthésie devra donner lieu à l'établissement d'une fiche d'anesthésie sur laquelle, dans tous les cas, préalablement à l'anesthésie et durant tout le déroulement de celle-ci, les médications utilisées, les actes exécutés, et le comportement du patient jusqu'à son réveil, seront consignés avec soin.

Cette fiche, conservée par le médecin responsable, constituera un résumé fidèle du déroulement de l'anesthésie, de sa préparation et de ses suites, et permettra, en outre, en cas de contestation, d'aider à rapporter une complication à sa véritable cause.

La surveillance sera assurée sous la responsabilité du médecin Anesthésiste-Réanimateur. Lorsque l'anesthésie aura été pratiquée par une aide-Anesthésiste, agissant sur choix et sur ordre d'un chirurgien, la surveillance du malade au cours du réveil est assurée sous la responsabilité du chirurgien: Le personnel para-médical qui participera à cette surveillance devra être capable de déceler les signes de défaillance du malade et d'exécuter les gestes de sauvegarde immédiate en attendant le médecin responsable ou'il aura pris la précaution d'alerter sans délai.

En tout état de cause, un médecin Anesthésiste-Réanimateur, ou, dans le cas d'anesthésie pratiquée sous responsabilité chirurgicale, un chirurgien devra être présent dans le service ou l'établissement pendant toute la durée de la surveillance du réveil, afin d'être en mesure de répondre à tout appel dans les délais les plus brefs.

Lorsque, dans un établissement, plusieurs malades sont, simultanément, justiciables de cette surveillance post-opératoire continue, il est souhaitable de les rassembler dans un local spécial équipé d'un poste d'eau, d'une paillasse, des fluides, appareillages et prises de courant nécessaires à la surveillance de l'opéré et aux gestes de sauvegarde d'urgence. Cette salle de réveil devra être située à proximité immédiate du bloc opératoire afin que le médecin Anesthésiste-Réanimateur, s'il procède à une autre anesthésie, puisse se rendre sans délai auprès du patient en difficulté.

Le nombre de lits de la salle de réveil doit être fonction du nombre de salles d'opération ou d'investigation (1,5 à 2 lits par salle et au moins 1 lit si l'établissement ne dispose que d'une salle) sans toutefois dépasser 8 à 10 lits au maximum par salle de réveil. Ses dimensions devront permettre une circulation aisée du personnel et des appareillages autour des lits. Dans les établissements recevant des urgences jour et nuit, une équipe de salle de réveil devra être présente en permanence.

Dans tous les cas, la durée de séjour des opérés en salle de réveil sera fonction des critères médicaux dont le médecin Anesthésiste-Réanimateur ou, en son absence, le chirurgien responsable, sont seuls juges.

La salle de réveil ne doit pas être assimilée à un service de réanimation. De même, il est recommandé de ne pas utiliser la salle d'anesthésie comme salle de réveil. Celle-ci doit certes, permettre de mettre en oeuvre, sans délai, les moyens et appareils usuels de réanimation, mais un malade justiciable d'une réanimation prolongée devra, dès que possible, être transféré dans un service de réanimation à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement. Toutes dispositions auront été prises, au préalable, afin d'assurer convenablement ce transfert et cet accueil.

Bien que les malades ne soient pas appelés à séjourner plus de quelques heures dans la salle de réveil, celle-ci devra offrir un confort suffisant afin que le retour à la conscience s'effectue dans les conditions les meilleures, en particulier, à l'abri du bruit et hors des zones de passage des futurs opérés.

Les recommandations que je viens de vous donner en ce qui concerne l'équipement ne pourront pas certes, être toujours suivies avec rigueur pour les bâtiments existants. Toutefois des aménagements devront y être réalisés de façon à se rapprocher le plus possible des normes définies ci-dessus.

Dans les constructions futures, elles devront être strictement respectées.

Il conviendra, dans tous les cas, de faire en sorte que soit assurée, dans des conditions offrant le maximum de garanties, la sécurité des malades anesthésiés, sur laquelle j'ai tenu à appeler, tout particulièrement, votre attention.

Le Ministre de la Santé Publique
et de la Sécurité Sociale
Michel PONIATOWSKI

L'EXERCICE DE L'ANESTHESIE REANIMATION

M. LAVOGEZ

(Revue "ANESTHESIOLOGIE" N° 9 OCTOBRE 1974)

LA FONCTION

Anesthésie, Anesthésie-Réanimation, Réanimation, Anesthésiologie, autant de mots recouvrant des conceptions et modes d'exercices divergents, voire diamétralement opposés, en tout cas mal définis.

1.01 - Si nous considérons le patient comme un ensemble cohérent de fonctions physiologiques et psychologiques, l'action de l'anesthésiologiste apparaît comme la mise en repos et la protection de certaines d'entre elles. Il substituera éventuellement à la défaillance ainsi provoquée une prothèse instrumentale, manuelle ou pharmacologique. Il surveillera et aidera à la reprise de leur autonomie. Cet ensemble de mesures destinées à permettre un acte thérapeutique ou d'investigation peut être aussi court que l'acte lui-même ou au contraire le dépasser largement.

1.02 - Ceci suppose une évaluation préalable de ces fonctions, leur mise en condition ou correction s'il y a lieu, non seulement sous l'angle de l'acte prévu, mais des déséquilibres intrinsèques, indépendants de l'affection pour laquelle le malade est venu consulter, rendant en eux-mêmes dangereux toute interférence anesthésiologique. D'où la nécessité évidente d'une consultation pré-opératoire provoquée par le médecin traitant, le chirurgien, le spécialiste ou le malade lui-même.

1.03 - C'est au cours de celle-ci que l'anesthésiologiste ordonnera éventuellement des investigations complémentaires, interviendra s'il le juge opportun sur le planning opératoire, parfois récusera une anesthésie générale présentant en elle-même un danger supérieur au bénéfice de l'acte prévu.

1.04 - L'urgence chirurgicale accélère ces divers processus et c'est de l'expérience de chacun que dépendra alors l'évaluation des priorités ; mais il se trouve que de déplorables habitudes de facilité, en même temps que l'impossibilité pour les anesthésiologistes de se faire entendre d'organisations périmées, font que tout se passe comme s'il y avait urgence habituelle, la préparation pré-opératoire étant escamotée au profit d'une visite de routine au lit du malade la veille de l'intervention. La chance et l'habileté des uns et des

autres permettent certes de pallier à bien des accidents et incidents éventuels. Il y a cependant là absence de conscience des vraies conditions de sécurité du patient que les tribunaux mettent de plus en plus en relief, la responsabilité de l'anesthésiologiste étant d'autant plus engagée que l'acte chirurgical sera présumé plus bénin.

1.05 - Evaluation préalable des fonctions, appréciation de l'interférence de celles-ci avec le propos chirurgical et la méthodologie anesthésiologique, mise en condition optimum, surveillance et aide à la reprise de leur autonomie font apparaître le moment même du travail en commun que constitue l'acte opératoire comme faisant partie d'un tout indissociable dont il peut être, mais non toujours sur le plan physiologique, le temps principal. L'anesthésiologiste se doit donc de distribuer son travail, quand il en a la maîtrise, ce qui est encore exceptionnel, en fonction de la surveillance prioritaire que nécessite la sécurité des patients qui lui sont confiés et non selon les données d'une organisation à courte vue dont la qualité des motivations n'est pas évidente.

La consultation pré-anesthésique est donc un préalable utile.

. Elle fournit ainsi à l'équipe chirurgicale des éléments de décision quant à la technique et la voie d'abord, qui lui permettront d'imaginer l'imprévu pour pouvoir y parer.

. Elle permet à l'anesthésiologiste :

- de réaliser une véritable préparation s'appuyant sur des données sûres
- d'orienter le choix de l'anesthésie
- de souligner les éléments de surveillance pendant et après l'intervention, ainsi que les complications possibles.

. Elle ne saurait toutefois se substituer au contact médecin-anesthésiste-malade.

Mais elle établit un premier contact.

Le malade, ne choisissant pas son anesthésiologiste, la consultation établit un contrat entre l'anesthésiologiste et le malade.

Et si l'on peut comparer une intervention à une aventure, celle-ci devient une "aventure calculée".

CHAPITRE II

I - LES EXPERIENCES ETRANGERES

=====

II - LA CONSULTATION EN FRANCE

=====

III - NOTRE EXPERIENCE : LA CONSULTATION

=====

PREANESTHESIQUE EN STOMATOLOGIE

=====

I - LES EXPERIENCES ETRANGERES

La consultation préanesthésique à l'étranger fonctionne depuis de nombreuses années déjà.

a) HOMAT ST GEORGE'S HOSPITAL - LONDRES

- Créée depuis 1950, elle a lieu une fois par semaine.

- Quatre points principaux :

 - + réactions du patient devant la perspective de l'intervention

 - + restriction du tabac

 - + désinfection buccale

 - + dépistage de toute affection organique concomitante.

- La sélection des malades est souvent faite par le chirurgien quand il désire l'avis de l'anesthésiste.

- Parallèlement, une consultation réduite permet de se consacrer au soulagement de la douleur.

b) JORGENSEN KALMAR - SUEDE

- Créée en 1968, un seul anesthésiste responsable.

- Fournir au chirurgien les dates valables.

- Mettre le sujet au courant de son état de santé.

- Classer le futur opéré dans un "groupe de risques".

- Former l'anesthésiste à la pensée clinique.

- Relever le niveau et le respect de la spécialité.

c) RICHARDSON - ETATS UNIS

- L'entière coopération des autres départements rend les examens réalisables l'après-midi même de la consultation.

- Les avantages considérés : le chirurgien gagne du temps par une meilleure organisation dans la répartition des lits ; l'hôpital obtient un meilleur rendement ; l'anesthésiste fait un examen plus détaillé et peut discuter avec le chirurgien ; beaucoup de malades, qui craignent l'anesthésie avant l'intervention, en sont tranquillisés.

II - LA CONSULTATION EN FRANCE

La consultation préanesthésique est encore discutée à l'intérieur de notre spécialité.

Certains anesthésiologistes lui sont opposés, d'autres sont d'avis plus nuancé, hésitant sur l'intérêt, la forme et le revenu de la consultation ; d'autres enfin sont enthousiastes, et quelques expériences sont en cours.

A - Critiques de la consultation

Dans le secteur public, les objections les plus fréquentes sont :

- l'insuffisance des locaux et des moyens financiers, secrétariat, dossiers, matériel, en particulier d'exploration fonctionnelle respiratoire.
- l'insuffisance numérique des cadres compétents,
- la consultation d'anesthésiologie ne prend toute sa valeur que dans le cadre de la chirurgie dite "ambulatoire".

La prévention à l'égard de la consultation s'appuie d'autre part sur :

- l'inefficacité probable dans le cadre hospitalier actuel.
- le double emploi avec l'examen pré-opératoire.
- l'absence de résultats concluants dans les expériences tentées ailleurs.

Ainsi, certains anesthésiologistes sont formellement opposés :

- Madame LAGET CORSIN de LILLE : " Une consultation d'anesthésie me semble ici sans aucun objectif. Il m'apparaît plus efficace " d'infiltrer " les différents services de façon à ce que, toujours sur place, les anesthésiologistes puissent s'intégrer au sein de chaque équipe et s'y rendent indispensables."

- Madame PASSELECQ : " Je suis personnellement convaincue du peu de portée que peut avoir une consultation d'anesthésie".

- Monsieur AUGUSSEAU de GRENOBLE, pense "que l'on peut se heurter à des objections de médecins traitants, et qu'il est, d'autre part, dangereux de se mêler de malades en dehors de la salle d'opération et de soins intensifs."

- Monsieur LELIEVRE, du MANS : " On va se heurter au spécialiste, au cardiologue, et il ne faut surtout pas susciter ces conflits."

D'autres discutent la forme et l'orientation à donner à la consultation :

- P. JACQUENOUD pense qu'elle doit être organisée seulement pour les malades ambulatoires, sinon elle risque de devenir une consultation de médecine générale.

D'autres estiment qu'il faut précisément s'orienter dans ce sens :

- P. STIEGLITZ : "Une telle consultation devrait être de médecine générale, l'anesthésiologiste révisant le bilan du médecin qui envoie le malade."

Enfin pour le Professeur Agrégé B. ROUFFEUIL, une consultation hospitalière d'Anesthésie-Réanimation peut se concevoir à un triple point de vue :

+ soit revoir en consultation, à distance, les malades sortant d'une unité d'hospitalisation,

+ soit organiser la consultation autour d'une technique spéciale relevant d'indications très précises, et susceptible de rendre de réels services à l'intérieur du C.H.U. :

par exemple, une consultation dont le recrutement serait centré sur le fonctionnement d'un caisson hyperbare (traitement ambulatoire des gangrènes gazeuses, des artérites, de certaines formes d'infection généralisée, de coma, d'intoxications à l'oxyde de carbone, etc...)

Ces deux premières formes de consultation lui semblent indispensables et assurées d'un recrutement rapide et soutenu.

+ soit une consultation pré-opératoire, destinée à donner un avis autorisé pré-opératoire sur tous les problèmes concernant l'anesthésie des malades difficiles (interférences médicamenteuses, etc....)

Mais cette forme lui semble la plus difficile à organiser et la plus aléatoire quant à son recrutement.

Elle constitue par ailleurs, à son avis, un double emploi avec les visites pré ou post-opératoires qu'effectuent déjà fort bien les anesthésiologistes du C.H.U.

Mettons à part l'aspect juridique, à l'intérieur duquel se dessine un courant favorable. Et Maître LABADIE écrit :

"L'anesthésiologiste n'ayant pas été choisi par le malade, c'est la visite qui constitue le contrat. C'est une nécessité juridique et la consultation est un facteur d'amélioration. Le questionnaire me paraît d'une utilité évidente, il prouve que le contrat est passé".

M. BRILLE écrit par ailleurs :

"Il faut que les anesthésiologistes eux-mêmes approfondissent encore l'examen de l'appareil respiratoire. Nous pensons que, dans le cadre d'une consultation, les départements devraient être équipés de spiromètres..."

B - Expériences en cours

Certains anesthésiologistes, favorables à la consultation, tentent actuellement de l'organiser.

Dans le secteur privé, nous retiendrons la réalisation de M. J. LAMALLE, qui reçoit dans un cabinet personnel à son domicile, un certain nombre de ses futurs opérés ; et celle de M. GUERRE DE RAYONNE qui écrit :

"Ma consultation à la clinique ne vaut et ne se justifie que pour le nombre de malades qui me sont adressés directement par les médecins ... Souvent moins anxieux que dans la période pré-opératoire immédiate, le malade est plus perméable à une psychothérapie".

Dans le secteur hospitalier, certains anesthésiologistes ont réalisé une consultation spécifique, tels :

- Mademoiselle BARRIER : plusieurs fois par semaine, consultation d'anesthésiologie spécialisée en obstétrique.

- J. LASSNER : + consultation centrée sur le traitement de la douleur.

+ visite pré-opératoire avancée à la demande des chirurgiens dans les cas litigieux.

Cependant, plusieurs anesthésiologistes ont adopté la conception d'une consultation centralisée dans le secteur hospitalier pour tenter de réviser un bilan de médecin généraliste :

- Madame CAVELLAT (ANGERS)

Les consultations ont lieu dans un bureau prévu à cet effet au siège même du département.

Chaque médecin responsable d'un secteur anesthésique assure une consultation par semaine : il convoque ou reçoit les malades qui ne seront hospitalisés que le jour même ou la veille de l'intervention (malades ambulatoires en particulier).

- Dans le Département d'anesthésiologie du C.H.U. de NANTES :
Madame le Professeur NICOLAS

Une consultation pré-anesthésique est organisée deux fois par semaine, le mardi et le vendredi sur rendez-vous. Elle a lieu dans un local comprenant table d'examen, bureau, matériel nécessaire pour effectuer une prise de sang en vue des examens biologiques habituellement pratiqués en pré-anesthésie. Une radiographie pulmonaire ou un rendez-vous pour une étude de la fonction respiratoire peuvent être pris par téléphone ; un E.C.G. peut être effectué sur place.

Chaque consultant est examiné cliniquement, les examens sanguins complémentaires sont effectués immédiatement, et les renseignements sont inscrits sur un livret d'observations pour chaque consultant.

Deux catégories de malades sont vus à cette consultation de pré-anesthésie.

Une première catégorie est représentée par des patients chez lesquels l'anesthésie ne doit pas présenter de particularité : ils viennent essentiellement pour être examinés cliniquement et pour avoir les examens complémentaires indispensables, de manière à raccourcir le temps d'hospitalisation. Il en est ainsi des malades du service de gynécologie-obstétrique et des malades de stomatologie.

Dès que les résultats des examens complémentaires demandés sont connus, une lettre est rédigée au médecin-anesthésiste qui aura la charge de l'anesthésie de ces patients.

Le dossier est conservé au département d'Anesthésiologie.

Une deuxième catégorie est représentée par des patients qui risquent de présenter des difficultés anesthésiques.

Il faut alors, soit apprécier plus précisément le risque anesthésique, soit voir s'il n'y a pas lieu de faire une préparation particulière, telle qu'une gymnastique respiratoire avec assistance respiratoire, telle qu'une préparation tonicardiaque (le conseil des cardiologues est alors demandé), il peut s'agir également de patients présentant des troubles de la coagulation pour lesquels le médecin demande si ces troubles sont compatibles avec une intervention, ou s'il y a lieu de faire au préalable une correction des anomalies.

Une lettre est alors envoyée au chirurgien ou au médecin qui a adressé le malade, ainsi qu'à l'anesthésiologiste qui s'occupera de l'anesthésie de ce malade.

Parallèlement, à ces consultations qui sont effectuées au Département d'Anesthésiologie, certaines consultations sont également effectuées dans certains services chirurgicaux. Ces consultations sont alors assurées par le médecin anesthésiste qui en est responsable.

Il est appelé à la consultation du chirurgien qui lui demande de donner son avis en vue de l'anesthésie d'un patient.

Il effectue sur place son examen clinique et prescrit les examens complémentaires qu'il juge nécessaire.

Cela est réalisé notamment dans le service d'O.R.L., dans le service de chirurgie générale et en stomatologie.

Naturellement, lorsque les problèmes posés sont complexes, le médecin-anesthésiste prend pour le malade un rendez-vous à la consultation générale du département d'Anesthésiologie.

Ces consultations ne dispensent en aucun cas de l'examen préopératoire des malades qui seront opérés dans la semaine.

En somme : - 70 % des malades ne sont pas hospitalisés au moment de la consultation d'anesthésie.

Parmi eux, les patients qui subiront une intervention de manière ambulatoire sont les plus nombreux (62 %).

- 30 % des malades sont déjà hospitalisés.

C - La consultation du Professeur GUILMET à l'Hôpital St Antoine

Avec la consultation créée en 1967, le Professeur GUILMET voulait attirer l'attention sur :

- l'occasion de médicaliser la profession
- l'aspect économique, c'est-à-dire la possibilité d'éviter des hospitalisations inutiles et abusives et de mieux diriger les malades au moment opportun.

Depuis 1967, le nombre des consultants n'a cessé d'augmenter et il s'élevait à 475 en 1972.

Ces consultants sont souvent adressés personnellement au Chef de Département par les chirurgiens et les spécialistes et proviennent de différents services : ophtalmologie, chirurgie réparatrice, urologie, chirurgie générale, obstétrique.

Le nombre de malades issus directement des services de médecine est minime.

La consultation a lieu dans les locaux du Département d'Anesthésiologie proprement dit, avec un bureau, une salle d'examen, une salle d'attente.

Elle est ouverte chaque jour de 9 H à 13 H. La secrétaire reçoit le malade, établit une fiche et appelle soit le Chef de Département, soit un Assistant.

Un questionnaire est distribué au malade dans la salle d'attente. Actuellement, il sert surtout à occuper les futurs opérés dans la salle d'attente, à les conditionner au dialogue que l'on va avoir avec eux, et à essayer de mieux connaître leur personnalité avant de le faire de manière clinique et paraclinique.

Mais ce n'est qu'une ébauche qui demande à être transformée.

Il faudrait :

- "démédicaliser" les questions et les mettre à la portée du malade.
- pouvoir utiliser ce questionnaire

+ sur un plan médical

Il servirait alors de base au dossier du malade et le suivrait jusqu'en salle d'opération et même au-delà.

+ sur un plan statistique, permettant, sur une grande échelle, de suivre l'évolution des malades en fonction de leurs antécédents, et de modifier ensuite l'attitude pré-opératoire envers chaque malade, à la lueur des renseignements acquis.

L'enquête comporte ensuite un interrogatoire précis des antécédents médicaux et chirurgicaux, des suites opératoires et anesthésiques, des traitements antérieurs ou en cours, des intolérances et des accidents allergiques.

L'examen clinique porte sur les fonctions cardio-circulatoire et pulmonaire et sur les critères anatomiques habituels : système veineux, cervicarthroses

Aucun de ces éléments ne diffère de la conduite d'une visite pré-opératoire de type traditionnel. Mais les conditions d'examens et de secrétariat, à distance de l'intervention, permettent la constitution d'un dossier anesthésiologique, l'établissement d'un plan de traitement pré-opératoire, éventuellement à domicile, et la fixation de la date d'hospitalisation et d'intervention.

Un E.C.G. et une spiropgraphie peuvent être faits sur place. Le futur opéré est dirigé immédiatement ou à une date précédant l'entrée à l'hôpital vers les services d'exploration qui semblent s'imposer.

A l'issue de la consultation, une première lettre est remise au malade, destinée à l'anesthésiologiste chargé de la visite pré-opératoire ; une seconde lettre est adressée directement au chirurgien.

Dans tous les cas difficiles, un contact direct et précoce est pris avec l'opérateur et l'anesthésiologiste responsables.

Mais l'activité ainsi organisée dans les locaux du département n'exclut pas les déplacements auprès des malades hospitalisés et incapables de se déplacer. Il s'agit alors le plus souvent de consultations réclamées par les services de médecine avant que la décision chirurgicale ne soit prise.

EFFICACITE: Au cours de l'année 1972, les décisions prises pour les 275 consultants considérés comme pathologiques (sur un total de 475) peuvent se résumer ainsi :

+ 3 malades ont été recusés définitivement.

+ 12 ont fait l'objet d'une discussion relative à la voie d'abord ou à la position opératoire.

+ 16 sujets allergiques ont fait l'objet d'une désensibilisation

+ 72 indications d'anesthésie locale ont été posées, dont 60 en ophtalmologie et 12 en chirurgie générale.

+ 54 traitements pré-opératoires ont été prescrits à domicile, avant la date prévue de l'intervention : désinfection rhinopharyngée, soins dentaires, sédatifs, tranquillisants.

+ 58 hospitalisations dans le service chirurgical ont été avancées, pour mise en condition sur place, sans changer la date de l'intervention (préparation au Bird dans la majorité des cas).

+ 60 interventions ont été reportées, en fonction des traitements en cours (IMAO.....).

N°

NOM :

Prénom :

Service d'Anesthésiologie

Questionnaire médical

Madame, Monsieur,

- Ce questionnaire est destiné à mieux vous connaître en vue de votre opération et de votre anesthésie.
- Il comporte 60 questions et vous demandera une demi-heure.
- Certaines vous obligent à citer les médicaments que vous prenez peut-être.
- Les autres questions comportent une réponse par OUI ou NON. Vous entourerez la bonne réponse par un cercle.
- Une conversation avec le médecin anesthésiste complètera ces premiers renseignements.

-o-

Date où vous répondez à ce questionnaire :

Nom et Prénom :

Date de naissance :

Profession (précédente et actuelle) :

Adresse :

Nom de votre médecin traitant :

Nom du spécialiste que vous avez consulté :

-o-

IMPORTANT :

- 1°) Inscrivez ici votre âge, et si vous le savez,
votre poids et votre groupe sanguin.

Age :

Poids :

Groupe :

- 2°) N'oubliez pas de rapporter lors de votre hospitalisa
tion : ce questionnaire
votre dossier médical
votre carte de groupe sanguin.

- 1 - Menez-vous une vie fatigante ?..... OUI NON
- 2 - Etes-vous essoufflé après après avoir monté un étage ?..... OUI NON
- 3 - Avez-vous des douleurs dans les jambes en marchant ?..... OUI NON
- 4 - De quel autre endroit du corps souffrez-vous ?
-
- 5 - Fumez-vous plus de vingt cigarettes par jour ?..... OUI NON
- 6 - Prenez-vous souvent de l'alcool et des apéritifs ?..... OUI NON
- 7 - Vous arrive-t-il souvent de mal dormir ?..... OUI NON
- 8 - Avez-vous fréquemment des cauchemars ?..... OUI NON
- 9 - Avez-vous parfois la gorge serrée ou le coeur qui bat vite ?. OUI NON
- 10 - Avez-vous été soigné pour le coeur ?..... OUI NON
- 11 - Votre médecin vous a-t-il parlé d'infarctus ?..... OUI NON
- 12 - Pouvez-vous donner le chiffre de votre tension artérielle ?. OUI NON
- Chiffre :
- 13 - Avez-vous pris des remèdes pour la tension ?..... OUI NON
- 14 - En prenez-vous actuellement ?..... OUI NON
- 15 - Donnez le nom de ces médicaments
-
- 16 - Avez-vous été soigné pour les poumons ?..... OUI NON
- 17 - Votre médecin vous a-t-il dit que vous aviez un emphysème ?.. OUI NON
- 18 - Avez-vous été soigné pour les nerfs ?..... OUI NON
- 19 - Avez-vous pris des médicaments calmants ?..... OUI NON
- 20 - En prenez-vous actuellement ?..... OUI NON
- 21 - Donnez le nom de ces médicaments :
-
- 22 - Avez-vous pris des médicaments pour les rhumatismes ?..... OUI NON
- 23 - En prenez-vous actuellement ?..... OUI NON
- 24 - Donnez le nom de ces médicaments :
-
- 25 - Avez-vous été obligé de suivre un régime ?..... OUI NON
- 26 - Avez-vous pris des médicaments pour maigrir ?..... OUI NON
- 27 - Avez-vous maigri de façon naturelle ?..... OUI NON
- 28 - Vous arrive-t-il souvent de vomir ?..... OUI NON
- 29 - Avez-vous du sang dans les selles ?..... OUI NON
- 30 - Avez-vous du sang dans vos urines ?..... OUI NON
- Votre médecin vous a-t-il dit que vous aviez :
- 31 - une maladie de foie ?..... OUI NON
- 32 - la vésicule malade?..... OUI NON
- 33 - un ulcère de l'estomac?..... OUI NON

- Vous a-t-on fait des analyses montrant que vous aviez

- 34 - de l'albumine ?..... OUI NON
- 35 - de l'urée ?..... OUI NON
- 36 - du sucre dans les urines ?..... OUI NON
- 37 - Votre médecin vous a-t-il dit que vous aviez du diabète?..... OUI NON
- 38 - Avez-vous eu du paludisme, de la dysenterie ?..... OUI NON
- 39 - Prenez-vous des médicaments pour le sang ?..... OUI NON
- 40 - Donnez le nom de ces médicaments :
.....
- 41 - Faites-vous souvent des bleus facilement ?..... OUI NON
- Avez-vous saigné plus d'une journée ?.....
- 42 -..... après une opération de la gorge ?..... OUI NON
(amygdales - végétations)
- 43 - après une extraction de dent ?..... OUI NON
- 44 - après une autre petite opération ?..... OUI NON
- 45 - Avez-vous déjà reçu des antibiotiques ?..... OUI NON
- 46 - Les supportez-vous bien ?..... OUI NON
- 47 - Avez-vous eu le rhume des foins ?..... OUI NON
- 48 - Avez-vous eu de l'asthme ?..... OUI NON
- 49 - Y-a-t-il des médicaments que vous ne supportez pas ?..... OUI NON
- 50 - Donnez le nom de ces médicaments
.....
- 51 - Si vous ne supportez pas certains aliments, citez-les :.....
.....
- 52 - Si vous avez été opéré, citez vos opérations
.....
- 53 - Vous a-t-on fait une anesthésie locale (chez le dentiste par
exemple) ?..... OUI NON
- 54 - L'avez-vous bien supportée ?..... OUI NON
- 55 - Avez-vous eu une anesthésie générale ?..... OUI NON
- 56 - Vous a-t-on dit que vous aviez eu un mauvais réveil ?..... OUI NON
- 57 - Avez-vous eu une transfusion de sang ?..... OUI NON
- 58 - Si vous suivez actuellement un régime ou un traitement citez-le :
.....
- 59 - Avez-vous d'autres remarques à faire sur votre état de santé,
actuellement ou dans les années passées ?.....
.....
- 60 - Pour les femmes :

Citez le nombre de grossesses et de fausses-couches :
NOMBRE :

FICHE ETABLIE LORS DE LA CONSULTATION

ADMINISTRATION GENERALE DE L'ASSISTANCE PUBLIQUE DE PARIS

Hôpital :

date :

Service demandeur :

Intervention prévue :

NOM, Prénoms :

Profession :

Domicile :

Observations :

Examen clinique :

- Age Poids : Taille :
- Etat général :
- Appareil cardio-vasculaire :
- Appareil pulmonaire :
- Appareil urinaire :
- Système nerveux :
- Membres inférieurs :
- Membres supérieurs (veines) :
- Région céphalo-cervicale :
 - cou : - goître
 - extension tête
 - tête: - dents
 - bouche :
 - yeux (glaucome)
- allergies :

Remarques particulières :

Bilan demandé :

Consultation spécialisée :

service :

Descriptions :

Décision opératoire : - prise sans délai

- retardée

- récusée

- discutée

Type d'anesthésie prévue :

III - NOTRE EXPERIENCE : LA CONSULTATION PREANESTHESIQUE EN STOMATOLOGIE

A - POURQUOI LA CONSULTATION

En janvier 1971, le Service de Stomatologie du Pr. LAIR à l'Hôpital de l'Antiquaille, est transféré dans des locaux neufs, l'ancien service ne pouvant décemment plus servir.

A1 - Composition du service

Le service actuel se compose de deux étages :

Premier étage :

- Secrétariat - Réception - Salle d'attente
- Une salle de radiographie et une salle de développement.
- Six fauteuils de soins dentaires (consultation publique).
- Une salle d'opération, utilisée pour les petites interventions ne nécessitant pas d'anesthésie générale.
- Bureaux.

Deuxième étage :

- Bureau du Chef de Service.
- Une salle d'opération pour les interventions sous anesthésie générale
- Une salle d'examen équipée avec un fauteuil de soins dentaires, ultramoderne, une table d'anesthésie, ce qui permet de faire des anesthésies générales (surtout pour des soins multiples).
- Deux salles de réveil : 4 lits
- Une salle d'examen (2 lits) servant à la consultation, mais pouvant servir de salle de réveil.
- Une salle d'attente
- Une salle de soins + une salle de prothèse
- Un fauteuil dentaire, destiné à la prothèse surtout.

Le personnel médical se répartit ainsi :

- Chef de Service
- Un Assistant
- Deux Externes

En plus, six attachés

- 10 étudiants dentaires

et - une infirmière, une secrétaire

- une aide-soignante, "un garçon", une dame de service.

La nécessité d'une consultation préanesthésique s'est rapidement affirmée : le service ne possède pas de secteur d'hospitalisation ; il est fermé à 18 H, le personnel faisant la journée continue de jour.

Dans ces conditions, on ne pouvait se permettre d'endormir un malade sans l'avoir jamais examiné, le chirurgien seul connaissant sa lésion maxillo-faciale ou parfois le dentiste seul connaissant la bouche de son patient.

D'où l'obligation, puisque la chirurgie était possible, d'avoir une consultation pré-anesthésique.

A₂ - Déroulement général de la consultation

Il faut souligner ici la parfaite collaboration existant entre chirurgien stomatologiste, dentistes et anesthésiologiste.

Le "malade" est d'abord examiné, sur le plan local, par le chirurgien ou un attaché stomatologiste. Celui-ci l'adresse au médecin-anesthésiste avec le diagnostic et l'intervention prévue.

Parfois, la consultation a lieu le jour même où l'indication est posée, mais habituellement, le patient doit revenir.

Les consultations ont lieu pendant les matinées opératoires, le mardi et le vendredi. Les rendez-vous sont pris en fonction du tableau opératoire, l'anesthésiologiste ne pouvant se dédoubler.

Ceci entraîne donc au moins trois déplacements, que le patient ne peut pas toujours effectuer dans un délai relativement court.

Un premier examen du malade est fait par un externe.

Ceci lui permet : - d'apprendre à examiner un malade sous la direction de l'anesthésiste-réanimateur
- de trouver un intérêt supplémentaire dans un service par ailleurs très spécialisé.

C'est pour aider les externes que le questionnaire du Professeur GUILMET avait été utilisé au départ.

Actuellement, ils disposent d'une "fiche préopératoire" mise au point par le Docteur POYADE, médecin-anesthésiste du service.

FICHE PRÉOPÉRATOIRE

NOM	Prénom	Age	Sexe :
Service	Date d'entrée	Profession	Race :
Diagnostic d'entrée			

ANTECEDENTS :		Diabète
médicaux		Asthme
chirurgicaux		Phlébites
anesthésiques		Affections rénales
transfusionnels	Nombre	Dates
grossesses		

EXAMEN			
Taille	Poids	Température	
Etat général : excellent, bon, moyen, médiocre, mauvais, carencé, dénutri (amaigrissement sup. à 10 0/o), Hémorragie, Collapsus, Choc, Coma Fumeur Ethyl, Femme enceinte, Toxicomanie			
App. respiratoire		Scopie	
App. cardio-vasculaire		Graphie, Pouls	T.A.
App. digestif		F.O.	
App. urinaire		Veine	
		Bouche	
Endocrines		Dents	
		Colonne vertébrale	
Système nerveux			
Psychisme		Groupe sanguin :	
Allergie		Rh :	

EXAMENS DE LABORATOIRE				E C G
T S	Urée	Urines		
T C	Glycémie	Urée		
Tx Pr	Hématocrite	Alb.		E F R
	Protides			
T T H	Delta c.	Cl	Sucre	
T E G	Na	C		

Anticoagulants déjà utilisés :

Puis l'anesthésiologiste revoit le patient, complète les données cliniques, fait ressortir un point important ou les particularités anesthésiques, et finalement donne, ou non, son accord pour l'anesthésie.

La consultation préanesthésique se déroule donc comme toutes les "visites médicales" ou préanesthésiques :

- Interrogatoire. Il permet un contact avec le futur opéré, et rend possible une discussion.

- Recherche des antécédents héréditaires, collatéraux, personnels.

- Histoire de la maladie éventuelle (quand il ne s'agit pas seulement de soins ou d'extractions multiples), ou d'autres maladies concomitantes encore en évolution.

- Examen clinique complet.

- Demande d'examens complémentaires.

- L'anesthésiologiste décide alors si une préparation est nécessaire, à domicile ou à l'hôpital.

Puis il prévoit la prémédication et le mode d'anesthésie.

Enfin il décide de la date d'intervention, en accord avec le patient et le chirurgien, en fonction du bilan préopératoire et malheureusement aussi, des possibilités du service (car les deux seules matinées opératoires limitent beaucoup le nombre d'interventions).

Une feuille est remise au patient, précisant les impératifs que celui-ci doit respecter en vue de l'anesthésie générale.

HOPITAL DE L'ANTIQUAILLE

Docteur J. LAIR

- 1°) Un bilan médical complet (avec vérification du groupage sanguin) doit être fait 48 heures au moins avant l'intervention.

- 2°) Le matin de l'intervention (sous anesthésie générale), venir strictement à jeun à 9 heures : aucun liquide, ni solide depuis la veille au soir. Il peut être dangereux de prendre la veille, ainsi que la matin précédent l'intervention tout autre médicament autre que ceux prescrits par le médecin anesthésiste.

S'abstenir de fumer le matin de l'intervention.

- 3°) Le départ, s'il est prévu pour le même jour, se fera à 17 heures. L'opéré ne devra en aucun cas conduire lui-même sa voiture et devra prendre des dispositions pour rentrer accompagné à son domicile, en voiture particulière ou en taxi.

- 4°) Prévoir une hospitalisation d'au moins 24 heures en cas d'incident ou de complication, même minimes.

- 5°) Pour les mineurs, les parents doivent signer une autorisation d'opérer.

P.S. Très IMPORTANT

Ne pas respecter formellement la consigne du JEUNE ABSOLU peut entraîner un risque VITAL.

Lu et approuvé :

B - PROBLEMES GENERAUX

B₁ - Recrutement des malades

De mars 1971 à juin 1975, 367 patients ont fait l'objet d'une consultation.

On peut schématiquement diviser les patients en cinq catégories :

- patients envoyés par leur dentiste	: 157	: 47,43 %
- patients venus d'eux-mêmes	: 24	: 7,25 %
- patients envoyés par un autre service	: 48	: 14,5 %
- patients envoyés par la prison	: 37	: 11,1 %
- patients envoyés par les maisons psychiatriques	: 65	: 19,63 %

Soit un total de : 331

La différence avec le total des patients examinés est due :

- à "l'origine" des patients non retrouvée
- au fait que certains étaient déjà soignés dans le service depuis longtemps.
- au fait que certains étaient des patients privés des attachés.

a) La majorité des patients est donc envoyée par leur dentiste (47,43 %)

Ce chiffre doit être considéré comme normal pour un service de stomatologie.

Les dentistes ne peuvent pas pratiquer d'anesthésie générale dans leur cabinet et envoient leur patient, soit quand un cas compliqué se présente à eux, soit quand ils veulent un renseignement ou une précision sur la conduite à tenir devant une lésion :

Extractions multiples à faire sous anesthésie générale, extraction d'une dent incluse difficile, ablation d'un kyste, d'une tumeur, soins multiples chez un patient pressé ou pusillanime.

Ces patients sont vus par l'assistant ou un attaché, qui confirme ou infirme l'indication d'intervention sous anesthésie générale.

Parfois, le dentiste envoyait un patient à son médecin traitant, en lui précisant que celui-là devait subir une anesthésie générale, et en lui demandant s'il existait ou non une contre-indication.

Le médecin traitant nous l'adressait alors avec, en général, une lettre détaillée et parfois des examens biologiques que nous n'avions pas à refaire.

Le chirurgien, puis l'anesthésiologiste, revoyaient bien sûr ce patient.

b) Malades venus d'eux-mêmes

Anciens patients du service, ou personnes qui ont eu connaissance du service, et qui viennent se faire soigner directement en demandant une anesthésie générale pour une extraction.

c) Patients envoyés par la prison

Ceci est du à la présence d'une infirmerie pour détenus à l'hôpital.

Le service soigne les détenus qui le désirent ou qui présentent des lésions entraînant des manifestations cliniques.

Il faut noter que les détenus ont une pathologie propre. Ils présentent la plupart du temps une dentition en très mauvais état, ce qui explique que les soins ou les extractions multiples soient fréquents.

Par ailleurs, ce sont souvent des sujets pusillanimes, cet état semblant aggravé par le traumatisme psychologique de la détention.

Enfin, ils présentent parfois des lésions entraînées par une tentative d'auto-destruction : fracture de mâchoire, section de lèvre ou de langue

Les détenus fournissent un contingent important de patients qui commencent des soins et qui ne les finissent pas, ou qui ont une consultation préanesthésique et qui ne se présentent pas le jour de l'intervention, si leur libération est intervenue entre temps.

d) Malades envoyés par les maisons psychiatriques

Il s'agit de patients IMC, débiles profonds, schizophrènes ou "sujets autistiques" qui nécessitent des soins dentaires (infections, soins multiples, extractions...), actes impossibles à réaliser sans anesthésie.

Parfois même, le bilan est impossible à faire, et on endort le malade qui semblait souffrir pour faire le bilan ou pour constater qu'il n'y a aucune lésion.

Le problème le plus important est celui des interférences entre les drogues psychiatriques et les produits anesthésiques.

La consultation est alors très importante, bien qu'elle nécessite deux déplacements qui peuvent être difficiles à supporter, surtout si ces patients restent un long moment en salle d'attente.

e) Malades envoyés par d'autres services de l'hôpital ou par un autre hôpital

La consultation est faite dans le service de stomatologie, ou dans le service d'origine.

- Certains malades médicaux profitent de leur séjour pour se faire soigner ou extraire plusieurs dents.

- Ailleurs, ces soins sont demandés:

- à titre préventif : extractions ou soins multiples, traitement d'un abcès ou d'une infection buccale, afin d'éviter une greffe infectieuse, cardiaque ou rénale.
- ou à titre curatif, afin d'éviter les récurrences infectieuses.

D'autres services envoient les malades afin :

- de rechercher un foyer infectieux,
- de traiter une infection (chez les diabétiques par exemple)
- de traiter une lésion : néoplasme de la lèvre, tumeur sous-maxillaire.

La consultation n'aura alors pour but que de juger l'état général du malade et de savoir s'il sera capable de supporter une intervention et une anesthésie.

Endocrinologie	: 9
Chirurgie	: 4
Stomatologie HEH	: 8
Médecine	: 4
Cardiologie	: 3
Dermatologie	: 5
Gastroentérologie	: 4
Néphrologie	: 9
Neurologie	: 1
O.R.L.	: 1
TOTAL	: 48

Services qui envoient leurs malades à la consultation
préanesthésique

B₂ - Evolution du nombre des patients

La première année, seulement 33 anesthésies avaient été pratiquées.

Cela tient au fait que le service ouvrait et que les anesthésies générales étaient enfin possibles.

Il fallait le temps aux dentistes et aux services de réaliser l'utilité du service et de lui accorder leur confiance.

La progression est nette.

En 1975, le nombre aura encore augmenté, et il faut prévoir un chiffre autour de 130-140.

Parallèlement à l'augmentation du nombre global de patients, il y a une augmentation du nombre des patients envoyés par leur dentiste ou par d'autres services. Seul le nombre de détenus a tendance à diminuer.

Enfin, remarquons le faible pourcentage de l'activité chirurgicale (et anesthésique) par rapport à l'activité globale du service :

L'activité des consultations publiques de soins dentaires se situe actuellement autour de 5000 patients par an.

Les actes chirurgicaux ne représentent (en juin 1975) que 2,13 %. Mais la progression existe.

ANNEE	MARS 1971	1972	1973	1974	1975 JUIN 20	TOTAL
	33	71	87	110	66	367

EVOLUTION DU NOMBRE DE PATIENTS VUS EN CONSULTATION

ANNEE	MARS 1971	1972	1973	1974	JUIN 1975
	3339	5307	5521	5023	3097

ACTIVITE GLOBALE DU SERVICE : NOMBRE DE PATIENTS VUS POUR

LES SOINS DENTAIRES HABITUELS

ANNEE	1971	1972	1973	1974	1975 JUIN
%	0,98	1,33	1,57	2,18	2,13

POURCENTAGE DU NOMBRE D'ANESTHESIES PAR RAPPORT A L'ACTIVITE

GLOBALE DU SERVICE

	1971	1972	1973	1974	1975	TOTAL
Dentiste	19	39	29	44	75	157
Lui-même	5	6	4	3	6	24
Service	7	8	11	14	8	48
Détenu	6	6	12	11	2	37
Maison psychiatrique	2	9	20	18	16	65
	39	68	76	90	58	331

EVOLUTION EN FONCTION DU RECRUTEMENT DES PATIENTS

B3 - Sexe des patients

♂ : 212

♀ : 155

Il est illusoire de rechercher une explication :

Les femmes sont-elles plus résistantes à la douleur

et, de ce fait, ont-elles moins besoin d'une anesthésie générale ?.

Où sont-elles plus disponibles, alors que les hommes, du fait de leur travail, préfèrent effectuer tous les actes en même temps ?.

Où les hommes présentent-ils plus de complications graves nécessitant une chirurgie plus importante sous anesthésie générale ?.

Mais peut-être est-ce seulement le recrutement du service qui le veut ?.

Age :

Nous avons séparé les patients en cinq tranches d'âge.

Moins de 10 ans	: 24	soit : 6,72 %
11 - 20 ans	: 86	soit : 24 %
21 - 40 ans	: 148	soit : 41,45 %
41 - 60 ans	: 72	soit : 20,16 %
Plus de 60 ans	: 27	soit : 7,56 %
		357

(Sur 10 dossiers, l'âge n'était pas précisé)

+ Les patients entre 21 et 40 ans représentent donc la tranche d'âge la plus importante.

C'est sans doute la population la mieux suivie médicalement. C'est peut-être aussi celle qui se déplace le plus facilement, ou bien celle qui présente le moins d'affection grave, et par là, moins de contre-indications à l'anesthésie générale.

+ Les deux tranches extrêmes sont les moins fournies.

Avant dix ans, les lésions dentaires sont moins nombreuses, et ne nécessitent pas d'anesthésie générale.

Par ailleurs, il s'agissait surtout d'IMC ou au moins d'enfants dont l'anxiété, la peur, la nervosité étaient malades.

+ Après 60 ans, les personnes se déplacent moins, se font moins soigner ; le terrain joue ici un rôle important, car les contre-indications se retrouvent en majorité dans cette tranche d'âge.

+ Entre 11-20 ans et 40-60 ans, les chiffres sont à peu près équivalents.

Mais il est difficile de trouver une explication.

B₄ - DATE DE LA CONSULTATION PAR RAPPORT A L'INTERVENTION

0 à 1 semaine	: 120	(38,21 %)
8 jours à 1 mois	: 126	(40,12 %)
Plus d'1 mois	: 68	(21,65 %)
	<u>314</u>	

(Les autres dates n'étaient pas précisées sur les dossiers)

1°) Plus d'un mois :

+ soit du fait de contre-indications relatives et temporaires, dues au terrain du malade, à des examens biologiques perturbés.

+ soit du fait d'un tableau opératoire surchargé, les demandes étant supérieures aux possibilités d'intervention.

+ soit du fait de l'indisponibilité du patient qui préfère attendre, soit pour des raisons professionnelles, soit en raison d'un autre traitement en cours.

2°) 0 jours à 1 semaine :

Huit jours est un délai correct car l'état du patient a peu de chances de changer, surtout si son état général est bon.

Par ailleurs, huit jours suffisent largement pour obtenir les résultats des examens biologiques demandés.

Certaines consultations se sont cependant résumées à la visite préanesthésique de la veille, ou même le matin de l'intervention. Il s'agissait

de malades privés, ou déjà connus (opérés en première fois 15 jours à trois semaines auparavant) ou hospitalisés qui avaient déjà tout leur bilan :

3°) 8 jours à 1 mois

La majorité se situant entre 15-20 jours, délai suffisamment court pour que l'état du patient ne change pas, suffisamment long pour pouvoir effectuer une petite préparation et corriger certains facteurs biologiques.

B5 - Le questionnaire

Nous avons utilisé le questionnaire du Pr. GUILMET. Il fut distribué aux malades (ou aux personnes qui les accompagnaient).

Mais seulement 13 questionnaires furent retrouvés dans les dossiers. Et il est difficile de juger de l'efficacité d'un questionnaire sur si peu de cas.

1	Réponses correctes
2	Profession para-médicale - Bonnes réponses
3	Cadre - Traitement anti-coagulant connu et bien suivi.
4	Employée de bureau - Bonnes réponses
5	Employé à l'E.D.F. - Bonnes réponses
6	Etudiante en médecine - Trouve le questionnaire intéressant
7	Femme 27 ans ; sans profession, fautes d'orthographe, réponses hésitantes, rature
8	Gérante Station Service - Bonnes réponses
9	Rempli par les parents (4 ANS 1/2) : rayent tout, sauf T.A., traitement antibiotique antérieur, aliment mal supporté
10	Profession para-médicale - Bonnes réponses
11	Kinésithérapeute - Sans problème
12	Questionnaire rempli par l'infirmière accompagnatrice d'un I.M.C.
13	Son médecin lui a effectivement "parlé d'infarctus". Etat général parfait.

Peut-on dire que le questionnaire reflète le niveau psychique des patients sur un seul cas (N° 7) ?.

Ou que les questions sont mal posées, parcequ'un seul malade a mal compris une question (N° 13) ?.

Finalement, nous n'avons obtenu que des "bonnes réponses" : les patients semblent se connaître, cochant les bonnes questions (vérifiées à l'interrogatoire).

Mais à notre avis, le nombre de questionnaire est insuffisant pour être représentatif.

B₆ - Analyse de la pathologie médicale découverte pendant les consultations

1°) En fonction de l'âge

La pathologie variée et complète découverte pendant la consultation préanesthésique prouve encore son utilité. Bien qu'il s'agisse d'une chirurgie fonctionnelle, de très nombreux patients présentaient (ou avaient présenté) d'autres affections plus ou moins importantes, portant sur les organes vitaux (coeur, poumon, rein...).

Les deux dernières tranches d'âge (à partir de 40 ans) fournissent la plus grande proportion de "malades", et il n'est pas rare de se trouver en face d'un malade obèse, insuffisant respiratoire ou cardiaque, éthylique et qui présente des troubles de la coagulation.

Les deux premières tranches d'âge fournissent la plus grande proportion d'IMC, épileptiques ..., mais aussi tares rénales (néphrite aigüe, pyélonéphrite...). Si l'on fait le total de ces affections découvertes lors de la consultation préanesthésique, nous arrivons à 525 pour 367 patients examinés.

Il est intéressant d'établir un rapport entre ces maladies et leur incidence sur la décision opératoire.

2°) Etude des différentes tares retrouvées

2-1 . Parmi les antécédents chirurgicaux, la plupart n'ont pas retenu notre attention : appendicectomie, cure de hernie, hystérectomie...

Par contre, une néphrectomie unilatérale doit faire apprécier le fonctionnement du rein restant, afin d'adapter les anesthésiques à une éventuelle insuffisance rénale.

De même, une tumeur de la langue ou du larynx peut rendre impossible une intubation, ou donner des complications à l'extubation (insuffisance respiratoire aigüe par oedème par exemple), sans parler des difficultés d'intervention sur une zone remaniée.

2-2 . Les antécédents cardiaques et pulmonaires doivent toujours être pris en considération : il faut apprécier le degré d'insuffisance respiratoire afin d'évaluer le risque de décompensation post-opératoire ; une insuffisance cardiaque doit être analysée et contrôlée avant d'entreprendre une anesthésie.

2-3 . Parmi les autres antécédents, il faut mettre à part les débiles et les IMC : l'anesthésie chez ces patients n'est pas toujours facile. Mais ces malades psychiatriques retournent en ambulance dans un centre surveillé, et il ne s'agit pas exactement pour eux d'une anesthésie ambulatoire.

Le seul problème est celui des drogues qu'ils absorbent, parfois en grande quantité. Heureusement, nous avons pratiquement toujours eu connaissance des dossiers de ces malades.

Les bons rapports existant entre le service et les centres spécialisés sont une garantie pour le patient et permettent ainsi d'éviter certains accidents.

- Les antécédents digestifs, (mis à part l'éthylisme majeur, qui a souvent nécessité une préparation), n'ont pas retenu particulièrement notre attention.

- L'obésité et le diabète fournissent une part importante des hospitalisés en période pré- ou post-opératoire, en vue d'une préparation ou d'une surveillance.

- Les autres antécédents étaient des cas particuliers, qu'il fallait considérer en fonction de la chirurgie à effectuer.

Tous ces antécédents ou maladies actuelles ont ainsi abouti à poser 22 contre-indications et à imposer 22 hospitalisations préventives.

Nous ne voulons pas imaginer les accidents qui auraient pu se produire si la consultation pré-anesthésique n'avait pas eu lieu, et si nous nous étions trouvés brutalement en face de certains malades, à la pathologie florissante, que nous aurions du endormir sans les connaître, "à la volée"....

ANTECEDENTS CHIRURGICAUX			122
ENDOCRINOLOGIE	Diabète	15	36
	Obésité	13	
	Autre	8	
POUMONS	Insuffisance respiratoire chronique	45	88
	Autres (dont asthme, tuberculose, DDB, tabagisme)	43	
COEUR	HTA, IC		
VAISSEAUX	Infarctus		45
	EI		
DIGESTIF	Ethyl	20	35
	Autres (Hépatite virale, ulcère)	15	
NEUROLOGIE	Débilité	65	142
	Epileptiques	20	
	Psychisme très modifié	39	
	Autres	18	
REIN		19	
DERMATOLOGIE (Allergies...)		20	
DIVERS	Paget		18
	Mal de Pott		
	Scoliose		
	Inversion viscérale		

B7 - Indications

a) Généralités

Les indications de l'anesthésie générale dans le domaine de la stomatologie sont difficiles à schématiser et doivent être discutées pour chaque patient en fonction de l'état local, de l'état général, des raisons personnelles du patient.

Certaines interventions, réalisables sous anesthésie locale chez un sujet, ne pourront se faire chez un autre que sous anesthésie générale, pour le bien être du patient ou la tranquillité et le confort du chirurgien.

1°) Indications en fonction de l'état local

+ Extractions dentaires

- Les extractions multiples bénéficient de l'anesthésie générale, s'il n'y a pas de contre-indications. Il s'agit souvent de personnes négligentes qui ont laissé se développer d'importants dégâts par crainte du dentiste, ou par faute de temps, ou pour une autre raison.

Cette négligence de soins remonte souvent à l'enfance, où les parents sont seuls responsables.

C'est ainsi que nous avons dû extraire 10 à 15 dents en une séance chez des personnes de 25 à 30 ans.

- Extractions de dents incluses, de dents de sagesse, germectomies.

Il s'agit souvent d'interventions douloureuses, longues quand elles intéressent plusieurs dents.

En fait, il est difficile de prévoir la longueur d'une intervention, une extraction pouvant se révéler plus délicate que l'examen ou la radiographie ne le laissaient supposer.

- Si les résections apicales peuvent se pratiquer sous anesthésie locale, l'exérèse des kystes paradentaires volumineux ou d'anamantome demande l'anesthésie générale.

+ Les soins multiples

Précédant les travaux d'appareillage, d'orthodontie, les préparations de cavité, ils peuvent bénéficier de l'anesthésie générale.

C'est dans ce cas que l'on retrouve en majorité les sujets arriérés, IMC...

Mais c'est aussi pour cette indication que le risque d'abuser de l'anesthésie générale est le plus important.

+ L'intervention sur des foyers infectés bucco-dentaires en période aiguë doit se faire sous anesthésie générale : l'infiltration locale de substances anesthésiques est en effet contre-indiquée lors d'une infection, et le risque d'ostéophlegmon est très nettement diminué sous anesthésie générale.

+ Les sujets qui ont suivi des irradiations à dose importante dans la zone cervicale et céphalique.

L'utilisation d'un anesthésique local risque en effet de provoquer une ostéonécrose.

+ Enfin, toutes les interventions importantes, telles une plastie de la langue, un curage pour ostéite maxillaire ou l'ablation d'une sous-maxillaire, nécessitent bien sur une anesthésie générale.

2°) Indications en fonction de l'état général

+ L'adulte : Certains patients hypernerveux, pusillanimes, anxieux, refusent toute collaboration et remettent depuis longtemps l'exécution de soins par la méthode classique en cabinet.

Ils demandent eux-mêmes l'exécution des interventions sous anesthésie générale pour ne pas souffrir.

Refusent-ils ainsi une des difficultés de la vie ?.

Il s'agit là en fait d'indications discutables car il est souvent possible d'effectuer les traitements dentaires sous anesthésie locorégionale, avec une prémédication appropriée.

+ L'enfant

- Anesthésie générale de commodité chez les enfants normaux mais hypernerveux, dont l'anxiété est malheureusement accrue et entretenue par celle des parents.

Mais, sans vouloir céder devant la volonté d'un enfant, il faut savoir recourir à l'anesthésie générale quand l'intervention est prévue longue et difficile.

- Sujets arriérés ou débiles mentaux. Pour eux, les soins dentaires ou les extractions, ou même parfois seulement le bilan des lésions, ne sont réalisables que sous anesthésie générale. Les problèmes particuliers que posent ces sujets fragiles à l'anesthésiste, ne sont pas toujours faciles à résoudre.

+ Les sujets allergiques aux anesthésiques locaux, ou chez qui les anesthésiques locaux risquent d'aggraver les troubles de conduction auriculo-ventriculaires par exemple.

+ Les malades qui doivent subir une mise en état rapide de la bouche pour éliminer un foyer infectieux, au cours d'endocardite infectieuse ou de néphrite par exemple :

ou encore les malades devant subir un traitement par des agents physiques pour une tumeur maligne de la cavité buccale.

3°) Indications de convenance personnelle

Chez les patients qui réclament l'anesthésie générale, parce qu'ils sont amenés à se déplacer fréquemment sans horaire prévisible, comme les voyageurs de commerce, des explorateurs..., et désirent un traitement complet en une seule intervention.

Nous pouvons ainsi résumer les indications de l'anesthésie générale en stomatologie :

- Indications formelles : . sensibilisation du malade aux anesthésiques locaux

. interventions pour lesquelles
l'anesthésie locale est difficile ou impossible à réaliser.

- Indications non obligatoires, souvent préférables :

- . enfant
- . grands anxieux ou pusillanimes
- . quand il existe une infection au niveau de la zone opératoire
- . lorsque le patient le demande.

Quant aux contre-indications, elles peuvent se résumer à trois :

- + chaque fois qu'il est possible d'effectuer, avec les mêmes avantages, les interventions sous anesthésie locale
- + absence de matériel de réanimation
- + en fonction du terrain : tare médicale incompatible avec une anesthésie générale.

b) Dans le service

+ Les interventions pratiquées dans le service reflètent assez bien ces indications.

- Indications obligatoires :

- . Echec de l'anesthésie locorégionale : 8 cas
- . Allergie aux anesthésiques locaux : 6 cas

L'allergie aux anesthésiques locaux était habituellement signalée (spontanément ou grâce au questionnaire) par les patients lors de la consultation.

Nous avons par ailleurs vérifié une fois cette allergie par une série d'Intra-dermo utilisant quatre produits anesthésiques.

- . Contre-indication de l'anesthésie locale : 1 cas (sujet ayant subi une cobalthérapie après tumeur thyroïdienne.

- Indications non obligatoires :

- . Réclamés par le patient : 12 cas
- . Enfants normaux impossibles à soigner : 23 cas.

+ Les extractions multiples sous anesthésie générale occupent la plus grande part : 235 cas, soit 64 %.

Il s'agit d'extractions allant de 3 à 17 dents.

+ Nous avons mis à part l'extraction de dents de sagesse (1-2 ou 4) : 18 cas, les germectomies : 10 cas
et les dents incluses : 27 cas.

+ Les soins multiples sous anesthésie générale viennent au deuxième rang : 65 cas, soit 17,71 %, dont 32 cas ont eu à la fois des extractions et des soins.

Il s'agissait surtout d'IMC, impossibles à soigner ou à examiner, ou d'enfants normaux hypernerveux.

Mais ce nombre aurait été certainement plus important si l'anesthésiste ne mettait un frein permanent à la demande incessante des dentistes, qui voient là un moyen de travailler à l'aise sur un malade calme.

Mais chacun doit prendre ses responsabilités, et il ne faut pas abuser de l'anesthésie générale.

+ Les rhinoplasties : 6 cas
Blocage ou synthèse maxillaire : 6 cas

+ Les autres cas sont uniques ou au nombre de deux ou trois.

Cette activité du service est logique car :

- Le service possède un étage de soins dentaires, qui amène un grand nombre de patients, devant subir des extractions multiples ou difficiles, voire des soins multiples.

- Les malades désirent de plus en plus actuellement ne pas souffrir pour les actes dentaires, et subir ces soins le plus rapidement possible.

- Le service ne comporte pas de secteur d'hospitalisation, ce qui interdit naturellement la grosse chirurgie buccale ou maxillo-faciale.

E M	: 235	Glossectomie	: 2
Soins	: 65	Rhinoplastie	: 6
Dents de sagesse	: 18	Calcul sous-maxillaire	: 3
Germectomies	: 10	Plasties de lèvre	: 1
Dents incluses	: 27	Frein de langue	: 3
Meulage incisive	: 1	T. lèvre	: 1
Ménisectomie	: 1	Kyste de la joue	: 1
Synthèse malaire	: 2	Kyste sous-maxillaire	: 3
Blocage ou synthèse maxillaire	: 6	Curage ostéite maxillaire	: 1
Laryngoscopie directe	: 1	Hypertrophie maxillaire	: 1
Fissure palatine	: 1	Phlegmon rasserter	: 3
Abcès maxillaire sup.	: 1	Plastie de la langue	: 1
Kyste sébacé	: 3	Ablation glande sous-maxillaire	: 3

C - CRITERES D'EFFICACITE : LE BILAN

C1 - Problème des examens complémentaires

+ Examens biologiques

Un bilan biologique standard était demandé pour tous les patients : TS, TC, Groupage, Sucre + albumine urinaire.

Ce bilan était :

- soit pratiqué par l'infirmière du service, le jour de la consultation.

- soit pratiqué par un laboratoire d'analyses médicales en ville, le patient devant alors nous envoyer les résultats ou nous les apporter avant l'intervention, ce qui, malheureusement, imposait un déplacement supplémentaire.

- soit effectué dans le service où nous faisions hospitaliser le malade en vue d'une préparation.

- Soit effectué dans le service qui nous envoyait les malades ; il était en général très complet.

De nombreuses fois, nous avons dû demander des examens plus complets :

N F	: 43	Iono (ou urée)	: 32
Plaquettes	: 7	Glycémie	: 38
Prothrombine	: 40	Ca ²⁺	: 1
Bilan de coagulation (Céphaline-Kaolin Quick)	: 8	Cyto-bactériologie urinaire	: 2
Howell	: 3	Bilan hépatique	: 10

Soit au total : 184 examens biologiques

De plus, des lettres furent envoyées, soit au service d'origine, soit au médecin traitant, afin d'avoir des précisions sur les antécédents du malade ou sur des traitements en cours.

+ Examens para-cliniques : E.C.G. et radiographie pulmonaire.

E.C.G. : 29 (7,90 %)

radiographie pulmonaire : 11 (2,99 %)

(Ces chiffres ne comprennent pas les examens effectués dans les différents services d'hospitalisation)

L'E.C.G. est habituellement enregistré le jour de la consultation, à l'intérieur de l'hôpital.

De même, la radiographie pulmonaire est effectuée dans le service de radiologie de l'Hôpital, le même jour.

Les malades rapportent alors ces documents qui sont immédiatement interprétés par l'Anesthésiologiste.

C₂ - Les contre-Indications

- 22 contre-indications ont été posées définitivement
(soit 5,99 %)

- 4 contre-indications provisoires.

Les contre-indications sont dues le plus souvent au terrain du patient, mais six fois, l'anesthésie générale a été jugée inutile par l'anesthésiologiste, et une fois, les parents ont refusé cette anesthésie (Tableau N° 2).

L'anesthésie générale offre de nombreux avantages au chirurgien dentiste : réalisation de soins multiples en un minimum de temps, le patient est "détendu", immobile, et les gestes sont plus faciles.

Pour cette raison, les dentistes envoient leurs patients de en plus facilement dans le service.

Mais il ne faut pas sombrer dans l'anesthésie de complaisance ou de facilité :

"S'il existe des petites interventions, il n'y a pas de petites anesthésies".

De plus, il s'agit d'une chirurgie fonctionnelle, alors que l'anesthésie fait courir un risque vital.

C'est ce qui explique les cas où l'anesthésie générale a été jugée inutile (27,27 % des contre-indications).

Le nombre très restreint de contre-indications dues aux traitements suivis est peut-être du au fait que les malades devant subir une anesthésie générale, arrêtent d'eux-mêmes leur traitement environ quinze jours avant l'intervention (tableau N°1).

CONTRE-INDICATIONS PROVISOIRES

1 .	Bilan coagulation perturbé	Nouveaux bilans un mois après
2 .	idem	
3 .	Bilan hépatique et coagulation perturbés	
4 .	Arrêt d'un traitement IMAO un mois avant	

Tableau N° 1

Age - Sexe	Motif de refus de l'A.G.	Intervention prévue	Mode d'anesth. effectué
> 60 ans	Cardiaque, éthylique, cachectique	E M	sous AL
4 ans 1/2	A G inutile	Soins	
> 60 ans	T. du larynx, éthylique	E M (avant irradiation)	sous AL
30 ans	A G inutile	Soins + extractions	sous AL
14 ans	Refus des parents	E M	
50 ans	T. thyroïdienne, miliaire tuberculeuse		
30 ans	Inutile	Extraction une dent incluse	sous AL
♀ 65 ans	Arythmie complète, affection thyroïdienne		ALR + PM
67 ans	Insuffisance respiratoire chronique Ethyl, dénutri, T. lèvre inférieure		
0 ♂ 67 ans	Insuffisant respiratoire chronique, Ethyl, T. du voile irradiée		
1 7 ans	Débile - Gingivite		
2 58 ans	Terrain allergique, atteinte rénale Pathologie digestive et thyroïdienne	E M pour infections dentaires avec écoulement nasal purulent	AL après AB
3 ♀	Enceinte (III pare), Pyélite	F M	AL + PM
4 ♀	Allergie		
5 6 ans	Diabète - Comitialité	Soins multiples	
6 ♀ 68 ans	Myxoedème, Angor, Traitement Avlocardyl		
7 ♂ 65 ans	T. gorge, nécrose mandibulaire, diabète Cicatrice de trachéotomie		
8 ♂ 35 ans	IA + RA majeurs	F M	
9 25 ans	Terrain psychique, pathologie cardiaque. Inutile	E M (3 dents)	AL + PM
0 39 ans	Antécédents d'infarctus - Inutile	F M	ALR + PM
1 ♂ 30 ans	SEP - Inutile	F M	ALR + PM
2 > 60 ans	Insuffisance cardiaque et respiratoire T. lèvre	F M	AL

CONTRE-INDICATIONS

Tableau N° 2

E M = extractions multiples
A L = anesthésie locale

P M = prémédication
ALR = anesthésie loco-régionale

C3 - Préparation

Le bilan de la consultation semble déjà positif, puisque :

- de nombreux examens complémentaires ont été demandés en plus des examens standards.

- E.C.G. et radiographies pulmonaires ont parfois été nécessaires.

La consultation a ainsi abouti :

- Tout d'abord à poser 22 contre-indications à l'anesthésie générale

- D'autre part, à imposer 43 fois une préparation médicamenteuse avant l'intervention :

Préparation chez les éthyliques :	6
Calmants	: 5
Antibiotiques	: 24
Coagulants	: 8

+ La préparation antibiotique a permis de refroidir des foyers infectés et diminuer ainsi les risques de dissémination, ou de surinfection secondaire.

+ Les coagulants ont été prescrits au vu d'un bilan de coagulation perturbé.

Il s'agissait d'une préparation qui n'entrait pas dans le cadre de la prémédication à laquelle étaient systématiquement ajoutés des coagulants,

par exemple, 2 Dycinone , 1 Adrénoxyl

En général, cette préparation a lieu à domicile, sur une ordonnance donnée lors de la consultation, pour une durée de 8-10 jours environ.

C₄ - Hospitalisation

1°) Hospitalisation avant l'intervention

Mais pour 22 patients, l'hospitalisation a été proposée avant l'intervention, en vue d'une préparation plus rigoureuse.

Il s'agissait surtout de cardiaques, d'insuffisants respiratoires ou d'éthyliques.

La durée moyenne d'hospitalisation était de 3 à 4 jours.

2°) Hospitalisation après l'intervention

2.1 . Habituellement, les malades opérés le matin repartent chez eux, accompagnés, entre 17 H et 18 H, soit 5 à 6 heures après l'intervention.

Ils se sont auparavant levés, et parfois ont bu une gorgée d'eau. L'infirmière vérifie leur tension, l'absence de saignement, et donne l'autorisation de sortie avec l'accord du médecin anesthésiste.

2.2 . Mais il faut pouvoir hospitaliser les malades dès qu'un incident ou une complication se présente.

Pour cette raison, un accord a été passé entre les différents services de l'hôpital : ainsi les services de chirurgie (chirurgie générale et urologie), ou de médecine (médecine générale, endocrino, dermatologie) ont pu recevoir des opérés. Les services reçoivent bien entendu une lettre notant les principaux antécédents, l'intervention effectuée, et le traitement demandé par le chirurgien.

Cela nous amène à faire deux remarques :

a) Si les services de chirurgie sont aptes à traiter d'éventuelles complications, les services de médecine ne le sont pas toujours.

Et, à part le service de dermatologie, les autres services médicaux ne possèdent pas de matériel d'intubation ni d'ambu, qui peuvent être utiles en cas d'asphyxie !.

b) L'hospitalisation dans différents services, dont certains de spécialité, ne revient pas au même prix pour les opérés. Ainsi deux malades, opérés par exemple de dents de sagesse incluses, l'un est hospitalisé en chirurgie générale, l'autre en médecine générale. Les frais d'hospitalisation ne seront pas les mêmes, bien que ces malades aient subi la même intervention et nécessité les mêmes soins et la même surveillance post-opératoire.

De plus, le K opératoire ne sera pas compté pour le service de stomatologie, mais pour le service qui reçoit les opérés pour surveillance !.

2.3 . L'hospitalisation était souvent prévue lors de la consultation, et le lit était retenu pour la date de l'intervention dans un service de l'hôpital.

Il s'agissait alors de malades aux antécédents chargés, ou d'intervention majeure, que l'on savait être hémorragique.

Disons tout de suite que plusieurs fois, l'hospitalisation prévue n'a pas eu lieu : ou bien l'intervention s'est déroulée plus rapidement, ou bien le malade a mieux supporté l'intervention que ne le laissait supposer son terrain, et a pu regagner son domicile dans la soirée.

Mais sans tomber dans l'hospitalisation abusive (et l'anesthésie ambulatoire n'existerait plus), il vaut mieux s'entourer de toutes les précautions nécessaires.

2.4 . Ailleurs, l'hospitalisation n'était pas prévue et n'a été décidée que dans l'après-midi.

<u>Hospitalisation post-opératoire</u>		
+ <u>Une nuit</u>		
. Réveil insuffisant	}	22
. Asthénie post-opératoire		
. Durée de l'intervention supérieure à 2 heures		
. Intervention majeure, hémorragique		9
. Antécédents		12
		<u>43</u> soit 11,71 %
+ <u>Plus d'une nuit</u>		
. Intervention majeure		12
. Antécédents. Terrain		10
		<u>22</u> soit 5,99 %
Au total : 65 (17,71 %)		

+ Réveil insuffisant . Asthénie post-opératoire

Certes nous ne disposons, ni de tests psychodiagnostiques, ni de tests électro-nyctagmographiques qui permettent une approche du réveil des malades anesthésiés.

Mais un malade qui se lève dès 3 heures de l'après-midi, qui peut lire sans vertige, qui boit sans présenter de nausées ou de vomissement par la suite, en somme un opéré qui va bien, peut sortir à 17 H accompagné.

Par contre, l'hospitalisation a été décidée chez des malades qui ne s'étaient pas levés, chez qui même la position assise n'était pas supportée, ou qui présentaient des vertiges, nausées, vomissements de sang dégluti après l'intervention, ou qui dormaient encore.

Ces patients nécessitaient une surveillance pour la nuit.

+ L'hospitalisation était aussi décidée pour des interventions supérieures à 1 H 30.

Par la suite, cette durée fut portée à 2 H, voire 2 H 30 pour certains patients en excellente santé, qui ont très bien supporté l'acte opératoire et anesthésique, et qui pouvaient se lever 1 heure après la fin de l'intervention !.

Après une hospitalisation d'une nuit, le patient venait dans le service pour un dernier examen, le chirurgien donnant l'autorisation de sortie.

+ Pour les hospitalisations plus longues, il s'agissait d'interventions majeures ou survenant sur un terrain très pathologique.

Chez ces patients fragiles une surveillance de plusieurs jours était nécessaire, car le traumatisme opératoire et anesthésique est parfois difficile à surmonter.

Cette hospitalisation était habituellement prévue et demandée par l'anesthésiste lors de la consultation.

Mais le service qui recevait le patient donnait lui-même l'autorisation de sortie.

C H A P I T R E I I I

I - LE RISQUE OPERATOIRE =====

I I - PROBLEMES DE L'ANESTHESIE AMBULATOIRE =====

I - LE RISQUE OPERATOIRE

Les facteurs du risque opératoire sont si nombreux que leur étude peut paraître illusoire, voire inutile.

Inutile, en effet, de tenter une synthèse d'éléments aussi disparates que l'état du patient lui-même, sa lésion, la qualité de l'équipe chirurgicale et de son entourage en personnel et en matériel.

Et, comme le notait en 1965 les rapporteurs du XIXème Congrès belge de chirurgie :

" Une évaluation mathématique du risque, si elle était un jour possible, ne se justifierait que si l'on avait à choisir, pour un malade déterminé, entre plusieurs thérapeutiques (chimiothérapie, radiothérapie et chirurgie), dont les indications et la valeur curative immédiate et tardive sont équivalentes. Or, cette situation ne se présente jamais."

Pourtant, l'étude de ces facteurs, à condition d'utiliser les méthodes statistiques, doit permettre une meilleure compréhension de la physiopathologie de l'opéré, pris cette fois individuellement, et par là même une amélioration des conditions thérapeutiques.

Le risque, dit le Larousse, "est l'éventualité d'un évènement incertain qui peut causer un dommage".

Or, toute intervention comporte un risque. La thérapeutique chirurgicale n'est proposée au malade que lorsqu'elle est seule curative, ou lorsque les autres moyens non sanglants sont peu efficaces ou plus dangereux.

Les risques de chaque intervention sont habituellement connus, parfois chiffrés. Ces probabilités chiffrées permettent de fonder la décision opératoire sur la confrontation du pronostic chirurgical et du pronostic spontané.

Mais l'acte chirurgical, malgré l'amélioration des techniques anesthésiques et opératoires, représente toujours une agression, source de dépenses supplémentaires et de déséquilibres dans le fonctionnement de toute une série d'organes. C'est pour le moins un changement d'état.

Le sujet, qui y est soumis, a sa pathologie propre dont va dépendre en partie sa réaction à l'acte chirurgical.

Mais au risque chirurgical, qu'accepte le patient, vient s'ajouter le risque anesthésique, sans que toutefois il soit toujours possible de prévoir et d'agir sur toutes les composantes de ce risque aux multiples aspects.

Le risque anesthésique est l'ensemble des dangers propres à l'exercice de cette technique qui doit fournir au chirurgien des conditions parfaites de travail, sans compromettre la santé ou la vie du malade.

Comme le remarque VILLE DE GOYET : "Il relève de l'état physique du patient, de la complexité du risque opératoire global, des besoins spéciaux de chaque chirurgien, et de la nécessité constante de prévoir, de diagnostiquer et d'agir utilement pour le malade inconscient.

Les différences larges de réaction aux produits anesthésiques ou aux techniques constituent un combat constant pour l'anesthésiologiste. L'habileté doit être combinée aux connaissances scientifiques et à l'expérience clinique, conditions essentielles de succès".

Tels sont les facteurs essentiels qu'il faut essayer de mieux connaître pour diminuer le risque opératoire.

Les facteurs du risque opératoire peuvent être considérés sous l'angle.

- du malade
- de la maladie
- de la chirurgie
- de l'anesthésie

1°) LE MALADE

Deux éléments interviennent : l'âge et les tares dont le sujet est porteur.

A - L'âge

Le nourrisson, le jeune enfant et le vieillard représentent des terrains physiologiquement plus vulnérables.

A₁ - Nourrisson et jeune enfant

Le risque est :

- respiratoire : besoins en oxygène élevés et fragilité à l'anoxie.
- cardiovasculaire : régulation vasomotrice imparfaite, absence de stock sanguin.
- hydroélectrolytique : l'eau extracellulaire représente en effet 50 % de l'eau totale.
- nerveux : système nerveux en plein développement, sensible aux modifications de l'équilibre biologique.

A₂ - Vieillard

La plupart des statistiques montre que la mortalité passe de 5,6 % avant 60 ans, à 12 % puis 36 % pour les décennies suivantes. Ceci est du à :

- La chirurgie :

. Le vieillard n'est pas opéré pour les mêmes raisons que l'adulte.

Tous les auteurs s'accordent sur l'accroissement progressif de la gravité des interventions en fonction de l'âge.

Ainsi, plus du tiers des opérés pour néoplasie digestive ont plus de 60 ans.

Il en est de même de la chirurgie orthopédique et plus encore de la chirurgie vasculaire : au-delà de 70 ans, on trouve beaucoup d'embolectomies et d'anévrismes de l'aorte en voie de rupture, mais fort peu de varices.

. Le vieillard n'est souvent pas opéré dans les mêmes conditions que l'adulte.

L'hésitation, souvent légitime, devant une décision opératoire à cet âge, aboutit à une chirurgie d'urgence nettement plus importante que chez l'adulte. Or, le risque opératoire en géronto-chirurgie est considérablement accru par l'urgence.

- Au vieillissement :

Les processus normaux du vieillissement portent sur les modifications de la structure corporelle et du fonctionnement des organes. Ils définissent le "vieillard sain".

. Modification de la structure corporelle :

Diminution de la masse maigre par rapport aux graisses, et diminution de la fraction cellulaire à l'intérieur de cette masse maigre. D'où les difficultés d'adaptation.

. Modification du fonctionnement des organes :

+ le débit cardiaque diminue avec l'âge

+ la fonction rénale est touchée à tous les niveaux : flux plasmatique, filtration glomérulaire et fonctions tubulaires sont diminués.

+ la fonction pulmonaire : CV réduite de moitié à 60 ans et VR presque doublé.

En somme, un organisme dont les réserves sont réduites et les possibilités de récupération amoindries.

B - Les tares

B1 - La tare cardiaque

Existence d'une cardiopathie évolutive, qu'il s'agisse d'une insuffisance cardiaque, d'une hypertension artérielle sévère, d'une coronaropathie.

La tare cardiaque élève le risque :

- en augmentant la fréquence des complications cardiaques
- en augmentant globalement la mortalité.

B2 - La tare respiratoire

La possibilité de complications pulmonaires dans les suites opératoires reste un souci permanent.

L'acte chirurgical en lui-même a une incidence sur la fonction respiratoire :

+ La période opératoire entraîne :

- une hypoventilation, liée surtout à la position sur la table, à quoi on doit ajouter les effets des écarteurs, des champs introduits dans la cavité abdominale.

- une modification de la viscosité des sécrétions bronchiques, par l'effet desséchant des gaz anesthésiques.

+ Dans les suites opératoires :

Les besoins métaboliques développés par l'agression opératoire entraînent une augmentation de la consommation d'oxygène. Mais les capacités d'adaptation de l'opéré sont limitées.

Le siège abdominal de l'intervention est la cause principale de l'hypoventilation par diminution de la capacité vitale et des débits respiratoires.

Le refoulement des coupes diaphragmatiques porte à son acmé le risque de décompensation, si une réduction des volumes respiratoires existait préalablement.

On conçoit alors que l'existence d'une tare respiratoire élève la morbidité et la mortalité post-opératoire.

B3 - La tare métabolique

+ La dénutrition.

Appréciée sur la notion d'amaigrissement et sur l'ensemble du bilan clinique et biologique.

Pour des dénutris sévères (amaigrissement de 20 % du poids du corps en moins de deux mois), le risque de complications rénales, hydroélectrolytiques et nutritionnelles est très augmenté.

De plus, la mortalité est cinq fois plus élevée chez le dénutri que chez le sujet sain.

+ Les perturbations rénales et hydroélectrolytiques élèvent aussi la mortalité opératoire dans des proportions importantes.

2°) LA MALADIE

Le second facteur qui paraît essentiel est l'affection causale elle-même.

+ Elle peut être à l'origine de complications qui lui sont propres :
c'est le cas, par exemple, des complications hépatiques de la chirurgie portale.

+ Elle intervient par sa "malignité"

Affections cancéreuses, phénomènes occlusifs tardifs, traumatismes multiples et majeurs ont un risque élevé.

Par exemple, pour HAXHE, la mortalité de la gastrectomie partielle

- pour une affection bénigne est de 2,9 %

- pour une tumeur maligne, est de 13 %

+ Elle intervient aussi par le biais de l'urgence.

Pour HAXHE, "dans les cas compliqués et surtout dans les cas opérés en urgence, pour des manifestations infectieuses, hémorragiques ou emboliques, la mortalité est de deux à dix fois plus élevée que dans les cas simples et chroniques".

En urgence, le risque est dominé par les accidents asphyxiques, du fait des vomissements et des régurgitations. Les malades sont peu explorés, peu préparés, plus ou moins choqués par l'accident ou l'affection aiguë en cause.

Les principaux risques sont donc :

a) L'état "non opératoire" du sujet :

- L'estomac plein
- L'ivresse aiguë, avec agitation ~~et résistance~~ aux drogues
- La prémédication inexistante
- Les antécédents souvent méconnus (cardiopathie, asthme, insuffisance respiratoire, myasthénie au début, insuffisance hépatique).

Or, l'existence d'une tare est un facteur majeur d'élévation de la mortalité post-opératoire en urgence.

b) La nature de l'atteinte pathologique

Pour celle-ci, la durée d'évolution avant l'intervention intervient.

Ainsi, la mortalité de l'ulcère perforé est de :

- 5 % pour les cas opérés avant la sixième heure
- 12 % " " " entre la sixième et la douzième heure
- 35 % " " " après la douzième heure.

Parfois cependant (par exemple en cas d'occlusion), il vaut mieux attendre une amélioration sur le plan hydroélectrolytique, grâce à une réanimation intense, brève et adaptée, élément important dans la diminution du risque.

3°) LA CHIRURGIE : LE RISQUE CHIRURGICAL

L'acte chirurgical en lui-même est un facteur de risque.

a) Par le geste lui-même :

Exérèse très étendue, abord d'une zone à haut risque ou d'un organe avoisinant (risque de pancréatite après chirurgie gastrique ou biliaire par exemple).

Le risque fait intervenir l'erreur de technique chirurgicale : (asphyxie cérébrale par compression de la VCS, décompression trop rapide des viscères, déplétions liquidiennes trop importantes par l'intermédiaire d'un aspirateur).

b) Par une mauvaise indication :

Opération tentée chez des malades in extremis.

c) Erreur de diagnostic

d) Par les implications secondaires de l'acte chirurgical :

. alimentation parentérale (et ses risques) en chirurgie abdominale, avant la reprise du transit.

. ventilation artificielle post-opératoire chez les obèses non préparés, sur lesquels une incision xyphopubienne a été pratiquée.

e) Durée de l'intervention :

COLLINS estime que six à huit heures d'opération chez l'adulte, quatre heures chez l'enfant et le vieillard ne peuvent être dépassées sans accroissement rapide de la mortalité.

4°) L'ANESTHESIE

Pour les compagnies d'assurance, l'anesthésie constitue un problème préoccupant, car les accidents qui s'y rattachent représentent un risque lourd qui s'accroît encore chaque année.

Ce risque est fonction de :

- La diversité des accidents : la participation du médecin anesthésiste à l'intervention chirurgicale, a lieu à tous les stades pré, per et post-opératoires, et il est donc amené à pratiquer de nombreux actes, qui peuvent chacun présenter des difficultés.

- La gravité des accidents

Dans 36 % des cas d'accidents déclarés, il s'agit de complications graves aboutissant à la mort ou à des séquelles neurologiques catastrophiques.

- La fréquence des accidents.

Mais la difficulté consiste à séparer ce qui revient, dans la mortalité opératoire, à l'anesthésie, et dans l'anesthésie, au défaut de surveillance et aux médications utilisées.

Il faut en effet distinguer :

a) Le risque anesthésique selon les agents anesthésiques

La toxicité de certaines drogues vis-à-vis d'un organe est bien connue.

Le risque vient alors surtout :

- du non respect de certaines contre-indications
- du surdosage
- de l'effet des thérapeutiques antérieures, parfois incompatibles avec les drogues anesthésiques (IMAO, imipramines...).

b) Le risque anesthésique selon les méthodes

- C.E.C, hypotension contrôlée : les complications sont souvent dues à des indications discutables ou à des fautes techniques, à la trop grande durée ou la trop grande importance de l'hypotension qui n'est plus contrôlée

- Transfusions massives : risque mécanique de surcharge circulatoire, ou risque d'hyperkaliémie, d'hémolyse...

- Intubation trachéale : risque d'intubation bronchique, d'arrêt cardiaque réflexe, d'obstruction de la sonde

c) Le risque anesthésique évitable dû à la faute, l'erreur

+ Risque mécanique

- Appareillage : soupape bloquée, abus d'oxygène vide, erreur de connection.
- Obstruction des voies respiratoires : intubation de l'oesophage, inhalation bronchique de vomitus,
- Explosions très rares.

+ Risque au niveau de la ponction veineuse

- Erreur dans l'administration des drogues
- Injection intra-artérielle accidentelle
- Embolie gazeuse.

+ Risque de transfusion de sang incompatible

+ Positions vicieuses, pouvant entraîner diverses paralysies.

d) Le risque anesthésique imprévisible

C'est l'accident qui survient en dépit d'une technique chirurgicale et anesthésique parfaite.

Ainsi, malgré les progrès réalisés par le développement de la chirurgie et de l'anesthésiologie, une intervention comporte toujours un risque pour le malade.

C'est pour diminuer le risque opératoire que de nombreux auteurs se sont efforcés d'en établir une classification en fonction de l'état du malade, mettant ainsi en évidence l'importance du terrain.

La classification de COLLINS est bien connue :

- | | |
|---------|---|
| Stade 1 | Patient sans maladie organique, ou avec une affection localisée ne pouvant retentir sur son état général.
(Fracture en l'absence de choc, hernie sans complication, ...). |
| Stade 2 | Patient souffrant d'une affection organique légère, mais bien compensée.
(diabète léger, petite hypertension, anémie légère, cardiopathie bien compensée). |
| Stade 3 | Patient atteint d'une affection organique sévère, limitant les possibilités du malade, c'est-à-dire invalidantes.
(diabète avec complication, cardiopathie grave, insuffisance respiratoire importante). |
| Stade 4 | Patient atteint de troubles organiques sévères mettant immédiatement sa vie en danger. |
| Stade 5 | Tous les patients opérés en urgence rentrant dans les catégories 1 et 2. |
| Stade 6 | Tous les patients opérés en urgence entrant dans les catégories 3 et 4. |
| Stade 7 | Tous les malades moribonds. |

Cette classification n'est pas parfaite (mais toute classification est sujette à discussion et ne peut être qu'une approximation de nature arbitraire.

Mais elle souligne que le risque n'est pas le même pour tous les malades et qu'en particulier, les malades opérés en urgence présentent un risque aggravé.

C. GRATADOUR et ses collaborateurs ont défini le coefficient de risque ou CORI. Pour cela, ils ont considéré les facteurs cardiaques, les facteurs pulmonaires, les facteurs neurologiques, métaboliques et rénaux.

Pour chaque état pathologique récent ou ancien, ils mettent une note en tenant compte, tantôt de son ancienneté (infarctus du myocarde ou accident cérébral), tantôt de ses stigmates (pleurésie, troubles du rythme), tantôt de son caractère évolutif (angine de poitrine, diabète....).

Ils attribuent ainsi des notes allant de 1 à 5.

Le CORI est obtenu, variant habituellement entre 0 et 30.

Il donne un pourcentage de risque prévisible :

CORI de 1 à 5 : risque $< 5\%$

CORI de 5 à 10 : risque entre 5 % et 10 %

CORI de 10 à 15 : risque entre 10 % et 20 %

CORI de 15 à 20 : risque $> 20\%$

CORI 20 : risque $> 30\%$ = contre-indications provisoires
ou définitives.

Ce dossier est ensuite complété au 15-20ème jour après l'intervention. Les complications apparues peuvent être ainsi comptabilisées. La comparaison de ces incidents avec le profil pathologique du malade permet alors d'analyser les causes et les effets.

L'utilisation de cette méthode a permis de mieux poser l'indication thérapeutique et d'éviter bon nombre de complications en remplaçant l'acte chirurgical à un moment plus opportun.

Cette méthode a aussi permis de placer le malade devant ses propres responsabilités en lui indiquant quel était le pourcentage probable du risque. Que peut-on tirer de ces données ?.

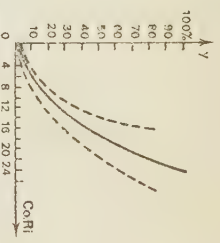
Les chirurgiens interviennent sur des malades. Les anesthésistes aussi, mais généralement de façon accessoire par rapport au processus thérapeutique qui est souvent une opération. Une complication majeure de l'anesthésie, si rare soit-elle, apparaît donc d'autant plus critique que l'intervention chirurgicale est mineure et ne comporte pas de risque particulier.

NOM : *LEC...* DATE : *14.6.73*

PRENOM : *André* AGE : *78 ans*

DIAGNOSTIC PRÉ-OPÉRATEUR

*Athéroplastie de
hanche gauche*



N° dossier : *373*

Age : *78* CO.RI : *16*
Sexe : *♂*

	Normal	1	2	3	4	5	Rappel	COMPLICATIONS	Rappel
PRESSION ARTERIELLE	$\frac{17}{9}$	$> \frac{17}{9}$	$> \frac{17}{9}$ (pour minima)	> 10 (pour minima)	Complicite	> 12 ou maligne	8	Crisis isolaire	8
ANGOR			Antérieur à 5 ans	Equilibre	Mal équilibré	Intracé	10	Angor post-opératoire	10
INFARCTUS DU MYOCARDE			Antérieur à 5 ans	5 à 2 ans	2 ans à 5 mois	Début moins de 6 mois	4	Infarctus du myocarde	4
DEFAILLANCE CARDIAQUE			Antérieur à 5 ans	Insuffisance ventriculaire droite	Insuffisance ventriculaire gauche (système d'effort)	Défaillance cardiaque récente	4	Poussée de défaillance cardiaque	50
EMBOLE PULMONAIRE			Phlébite antérieure à 5 ans	5 à 2 ans	2 ans à 5 mois	Début moins de 6 mois	4	Embole pulmonaire	50
VENES PÉRIPHÉRIQUES			Artérielle équilibrée	Artérielle stade III	2 ans à 6 mois	Début moins de 6 mois	4	Phlébite	50
ARTÉRIE					Artérielle stade IV	Cardiopathe non décompensé	4	Poussée aiguë d'artérite	50
ACTIVE				Attaque asthme	Fistule mal asthmatisée	Asthme infecté	15	Crisis d'asthme	15
TALAC			Isotrope	Séquelles parenchymateuses	Fibrose non hypertrophiée pulmon	Fibrose stade avancé	2	Infection parenchymateuse	2
PATHELOGIE			Poussée de 20 g	Grosses adhérences	Maladie emphysemateuse	Insuffisance en évolution	2	Pneumonie	55
PLI VRI			Pneumonie ancienne	Bronche infectée aiguë	Dilatation des bronches mineures	Dilatation des bronches majeure	2	Pneumonie bronchique	55
EMPHYSEME			Bronchite chronique	Tuberculose	Maladie emphysemateuse	Maladie emphysemateuse	2	Accident avec nécrose	55
BRONCHES			Sporadique				2	Accident avec nécrose	55
PNEUMOTHORAX							2	Accident avec nécrose	55
ACCIDENT VASCULAIRE CÉRÉBRAL			Antérieur à 5 ans	Entre 2 et 5 ans	Entre 2 ans et 6 mois	Début moins de 6 mois	15	Accident ischémique cérébral	15
SOURCE CAROTIDIEN			Maladie épileptique	Unilatéral	Unilatéral	Unilatéral	15	Crisis convulsive	15
EXCITABILITE			Maladie épileptique	Obusant	Évolué	Cardiopathe syncopale	15	Aggr. d'un état parkinsonien	15
EXCITABILITE				Notion de syncop			15	Dérèglement	15
SYNCOPE							15	Complication inhérente à la maladie	15
POIDS : TAILLE	$\frac{78}{170}$		Surcharge entre 8 et 15 kg	Surcharge supérieure à 15 kg	Mal équilibré sous insuline	Ayant déjà fait accident cérébral	15	Dérèglement	15
CÉNUTRITION			Simple	Avec troubles biologiques	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
OLIGODYS			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
LIPIDES			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
ACIDE URINIQUE			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
TOIE			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
SANG - ANÉMIE			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
INFECTION - MITOSE			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
IONOGRAMME			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
CORTICOÏDES			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
REINS			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
EXCITABILITE OREILLES			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
EXCITABILITE VENTRICULAIRE			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
CONDUCTION AURICULO-VENTRICULAIRE			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
CONDUCTION VENTRICULAIRE			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
HYPERTROPHIE CAVITÉS			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
TROUBLE DE LA RÉGULARISATION			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15
ÉPREUVE FONCTIONNELLE RESPIRATOIRE			Paradoxe	Insuline	Insuline	Insuline	15	Dérèglement	15

FIG. 1. — Utilisation pratique du Co.Ri.

Mises à part les fautes, les risques de l'anesthésie ne sont pas forcément en rapport avec la gravité ou le type de l'intervention, ni avec la maladie d'origine.

Ils dépendent le plus souvent de l'état général du malade, de la nécessité de recourir à des produits très puissants et à des équipements spéciaux de la chirurgie moderne, et enfin de la compétence et de l'expérience de l'anesthésiste, de l'entente avec le chirurgien et des conditions de travail.

Nous ne suivrons donc pas totalement les rapporteurs du XIXème Congrès Chirurgical de Belgique, qui estiment "qu'il n'y a pas de risque opératoire, mais uniquement des indications chirurgicales "...

Mais il est par contre évident qu'une connaissance parfaite des facteurs d'aggravation, des antécédents du malade ou des états de morbidité plus ou moins évolutifs, une atteinte rigoureuse aux signes d'alarme, une compréhension meilleure des mécanismes physiopathologiques, une utilisation adéquate des thérapeutiques préventives, paraît être le moyen irremplaçable pour diminuer la mortalité opératoire.

La nécessité impérieuse d'une consultation d'anesthésiologie pré-anesthésique apparaît donc encore ici.

II - PROBLEMES DE L'ANESTHESIE AMPULATOIRE

1°) Comment définir l'anesthésie ambulatoire

a) L'anesthésie ambulatoire se définit dans le domaine technique comme une anesthésie générale (ou une anesthésie combinée, par exemple tranquillisants et loco-régionale) qui, soit à cause de sa brièveté, soit en fonction de l'agression minime subie par le patient, ne suppose pas une surveillance médicale de 24 heures, tout en étant réalisée dans le milieu hospitalier.

Il s'agit donc d'une narcose sans hospitalisation (prévue), c'est-à-dire pour malades "externes", que les anglo-saxons appellent "out-patients".

b) La chirurgie est aussi ambulatoire, mais le risque n'est pas le même. C'est de l'assimilation à la pratique chirurgicale que naît la pratique anesthésique.

La chirurgie justifie ses interventions ambulatoires par une supposition de brièveté ou en tout cas, de durée bien limitée. Or, quoi de plus élastique que la durée d'une opération de routine ? Mais si le facteur temps compte assez peu pour la chirurgie, il est fondamental en anesthésiologie.

La chirurgie justifie aussi ses interventions ambulatoires par une supposition de "bénignité", et presque toujours, elle a raison. Pourtant, il y a des imprévus.

De plus, la supposition de bénignité chirurgicale n'engage pas l'anesthésiologie, qui travaille sur l'ensemble des constantes vitales, et offre une part aléatoire beaucoup plus grande.

L'acte anesthésiologique n'est donc identifiable à l'acte chirurgical ni pour ce qui est du risque (donc de la sécurité), ni pour ce qui est du besoin anesthésique et du besoin en relaxation.

c) Les facteurs de l'anesthésie ambulatoire

Pour être ambulatoire, une narcose doit être brève, ou, en tout cas, totalement réversible en un temps limité, et sans effets adversifs.

La durée de narcose est une notion complexe. A la durée du sommeil anesthésique, fonction presque linéaire des doses, s'ajoute le délai d'épuration des produits qui conditionne les vrais critères de leur utilisation: les délais de normalisation électro-encéphalographique et psychomotrice.

Or, les variations individuelles sont notables ; il y a aussi des variations physiologiques (enfant, vieillard), des variations provoquées par la prémédication.

Il arrive aussi que la qualité de la récupération soit altérée : les réveils peuvent prendre une forme ébrieuse, euphorique, dépressive, confusionnelle.

Il peut arriver, enfin, que certains effets secondaires inapparents se prolongent au-delà de la récupération clinique observée par les moyens habituels.

Quand aux effets adversifs, hémodynamiques ou respiratoires des narcoses brèves, ils ne diffèrent qualitativement pas de ceux des narcoses de longue durée, si l'on admet que le moment le plus critique d'une narcose est l'induction.

On peut donc dire que le risque est indépendant de la durée, et que la brièveté n'est pas une garantie de bénignité.

2°) Anesthésie du malade ambulatoire

A - Avantages

+ Toutes les réalisations le prouvent, l'anesthésie ambulatoire permet de diminuer le coût de l'hospitalisation, réalisant une économie qui peut être de l'ordre de 40 %.

+ Des lits ne sont plus occupés "inutilement", et peuvent être réservés à des malades dont l'état nécessite l'hospitalisation.

+ Elle permet de faire face à la pénurie actuelle d'infirmières et d'autre personnel hospitalier.

+ Elle permet souvent à l'enfant de ne pas être séparé de sa mère.

+ Pour les adultes, le fonctionnement de la cellule familiale est moins interrompu, le travail professionnel ne souffre plus d'un arrêt prolongé.

Mais tous ces avantages ne sont possibles que si des impératifs sont respectés.

B - Impératifs

a) Organisation

- Un exemple nous est fourni par le Mount Sinai Medical Centre de Milwaukee : il dispose d'une unité autonome réservée aux malades ambulatoires, avec : une salle d'opération, une salle de réveil, et une salle d'observation pour les périodes pré- et post-opératoires.

Cette structure ne perturbe pas le travail des services chirurgicaux classiques ; mais elle ne se justifie que par une activité soutenue.

- Un autre modèle nous est fourni par l'Hôpital de Sherbrooke : unité séparée, dans laquelle les salles d'opération et de réveil déjà existantes sont mises à profit, mais avec un centre d'accueil et une salle d'observation autonome.

- Enfin, un dernier système existe ; il utilise les salles d'opération et de réveil habituelles ; puis les opérés soit partent chez eux directement, soit sont transférés pour la journée dans le service de chirurgie, pour lequel ils représentent un surcroît de travail momentané.

Les deux premiers modèles sont évidemment préférables. C'est ce premier modèle que réalise le service de stomatologie de l'Hôpital de l'Antiquaille à Lyon, qui fonctionne ainsi comme un "service de jour".

Rappelons cependant la nécessité de disposer de lits d'hospitalisation, pour le cas où des complications post-opératoires immédiates se présenteraient.

b) Sélection des malades

G.F. BRINDLE résume les facteurs importants dans la sélection d'un patient pour la chirurgie ambulatoire :

- 1 - Simplicité du procédé chirurgical
- 2 - Incidence peu élevée de complications post-opératoires
- 3 - Bon état général du malade
- 4 - Bonne coopération du malade
- 5 - Acceptation par le malade
- 6 - Coopération du chirurgien

Le chirurgien doit éliminer les opérations compliquées, la possibilité d'hémorragies post-opératoires ; le danger d'obstruction des voies respiratoires ou de problèmes ventilatoires doivent être réduits au minimum.

Comme l'organisme devient de plus en plus saturé par l'agent anesthésique à mesure que l'opération se prolonge, il vaut mieux limiter la durée de l'anesthésie générale à une heure ou une heure et demi.

Ceci oblige le chirurgien à opérer plus rapidement et plus efficacement : la chirurgie ambulatoire n'est pas le domaine du chirurgien inexpérimenté.

Enfin, on ne doit accepter que les "bons" risques chirurgicaux : éviter par exemple les extrêmes d'âge et les patients qui peuvent poser des problèmes, techniques ou médicaux, tels les obèses, les grands insuffisants respiratoires.

C'est redire l'importance capitale d'un bilan préanesthésique réalisé dans le cadre d'une consultation préanesthésique.

c) Consultation préanesthésique

Elle devrait être obligatoire, au moins dans le cadre de l'anesthésie ambulatoire.

Malheureusement, cette consultation se résume souvent à une prise de contact entre patient et anesthésiste, quelques instants avant l'intervention.

Il n'est même plus question de la classique "visite" la veille de l'intervention, et l'anesthésiologiste s'en remet au chirurgien ou au médecin lequel, au cours de sa consultation, aura pu éloigner les contre-indications anesthésiques les plus connues.

Par un bilan biologique pré-opératoire standard, le même praticien aura fourni à l'anesthésiologiste des éléments d'information qui ne pourront être connus, et parfois discutés, que très (trop) tardivement. La prémédication est parfois fixée d'une manière définitive, sans adaptation possible aux cas particuliers.

Parfois cependant, une ébauche de consultation est réalisée :

- Tantôt le chirurgien demande lui-même des examens complémentaires (ECG, radiographie pulmonaire, examens biologiques standards) le jour de sa consultation ; en cas de doute sur l'état du malade, celui-ci est envoyé à l'anesthésiologiste pour évaluation supplémentaire.

- Tantôt le chirurgien convoque le malade la veille de l'intervention, pour une visite préopératoire réalisée par le médecin - anesthésiste, qui peut demander les examens complémentaires utiles.

Monsieur GEMPERLE insiste aussi sur la nécessité d'une consultation : (à propos de l'anesthésie ambulatoire pour soins dentaires)

" Malgré la perfection des techniques anesthésiques, les interactions des drogues utilisées demandent non seulement une parfaite connaissance de la pharmacologie et de la pharmacodynamie des drogues employées, mais aussi un savoir profond de la médecine. Voici les raisons pour lesquelles l'opérabili-

té d'un patient doit être jugée par un médecin-anesthésiste, tout en se rappelant que les interventions bucco-dentaires font partie d'une chirurgie électorive, donc sans danger particulier. Le risque de l'anesthésie générale prend, dans ce cas, toute son ampleur, et demande une bonne évaluation, car la responsabilité d'une éventuelle complication avec issue fatale repose sur le médecin-anesthésiste seul. De ce fait, chaque malade doit subir un examen approfondi par le médecin-anesthésiste"

Un questionnaire est remis au patient qui doit le remplir et le remettre lors de la consultation pré-anesthésique.

3°) Les structures hospitalières actuelles sont-elles adaptées à l'anesthésie ambulatoire ?.

Après l'énoncé des impératifs, c'est en effet la question qui se pose.

Les structures nouvelles semblent adaptées à l'anesthésie ambulatoire au moins sur un point : la qualité des soins.

C'est cette qualité des soins post-opératoires, fondée sur la permanence et la compétence du personnel, qui permet déjà les actes chirurgicaux majeurs.

Or, la surveillance de "l'opéré ambulatoire" est la même que celle de tout opéré sortant de la salle d'opération.

De plus, en cas de complications, un personnel médical peut mettre en route en permanence un traitement approprié.

L'hôpital public semble donc offrir au malade anesthésié les meilleures garanties, grâce à la concentration des moyens et l'organisation efficace des services.

Mais par certains aspects, les structures hospitalières sont insuffisantes.

Le patient ambulatoire, ne séjournant que quelques heures en vue d'un acte simple, se heurte souvent à la complexité de l'organisation hospitalière : personnel nombreux, formalités administratives, relations médecin-malade d'un type particulier quand elles existent, qui sont autant d'obstacles à une préparation psychologique satisfaisante.

Les aléas de l'environnement peuvent être multipliés par les difficultés d'hébergement temporaire, qui exposent le malade réveillé à se retrouver dans un service de médecine parexemple. Ce malade parasitant un service, ne jouit pas à priori d'une prise en charge psychologique satisfaisante.

Le malade doit donc quitter le lieu d'examen ou de traitement en étant parfaitement réveillé et capable d'assurer ses fonctions vitales. Cet impératif de l'anesthésie se heurte à l'absence de salles de réveil dont l'existence peut paraître utopique dans une structure où certaines salles sont affectées à des interventions uniquement parcequ'elles renferment une table d'opération et un meuble d'anesthésie.

L'anesthésie ambulatoire relève de mesures telles que la construction de blocs opératoires disposant de salles de réveil, et surtout d'hôpitaux de jour où les malades anesthésiés pourraient voisiner avec ceux subissant un traitement ambulatoire ou des investigations.

De même, la création d'une consultation d'anesthésiologie est indispensable. Elle se déroulerait après la consultation du spécialiste. S'y feraient jour les contre-indications anesthésiques définitives ou temporaires, les incompatibilités médicamenteuses, les indications du type d'anesthésie, les aspects pathologiques nécessitant des précautions particulières. Les examens complémentaires seraient prescrits et une préparation psychologique serait amorcée.

Dans le cas particulier des malades transférés d'autres hôpitaux, cette consultation pourrait être assurée localement par un médecin-anesthésiste aidé d'un questionnaire type.

Enfin, reste le problème de la tarification des hospitalisations temporaires.

Nous l'avions déjà évoqué lors de la consultation en stomatologie : le prix de journée dépend du service dans lequel le malade a été temporairement hébergé (médecine, chirurgie spécialisée.....)

Le critère de tarification n'est plus la gravité de l'acte subi par le patient, mais la simple possibilité d'hébergement dans tel ou tel service!

Les structures hospitalières actuelles semblent donc encore peu adaptées à la pratique de l'anesthésie ambulatoire : si l'hôpital assure une réelle qualité des soins, il n'a pas encore réglé les problèmes de l'Accueil des malades ambulatoires et les problèmes de gestion.

CHAPITRE IV

ORGANISATION DE LA CONSULTATION

I - PAR QUI DOIT ETRE FAITE LA CONSULTATION
=====

II - PROBLEMES DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES
=====

III - ESSAI DE SYNTHESE
=====

I - PAR QUI DOIT ETRE FAITE LA CONSULTATION

Si l'idée d'une consultation anesthésique est acceptée, le problème de la personnalité du médecin consultant n'est pas encore résolu.

Par qui doit être faite la consultation ?.

Pour le Professeur GUILMET, c'est le Chef du Département qui doit réserver une partie de son temps à cette activité. Et si, pour lui, la délégation aux membres du Département est inévitable, elle doit rester limitée.

Dans le Département d'Anesthésiologie de Nantes, trois personnes se partagent la consultation : le Chef du Département, un Professeur Agrégé et un Médecin Anesthésiologiste.

Mais les avis divergent :

Monsieur VALLET , de Tours, écrit : "Rien à mon sens ne peut remplacer le contact direct malade-anesthésiste, avec le même anesthésiste avant, pendant, après, dans une équipe chirurgicale toujours la même.

Pour ma part, il y a un impératif majeur à respecter dans une telle consultation, c'est que l'acte consultatif soit fait par celui ou ceux qui participeront à l'acte chirurgical".

Effectivement, lorsque le malade vient consulter, il est conditionné à l'acte, et s'attend à être endormi par le médecin consultant. Le dialogue est de ce fait souvent rompu, car ce médecin donne son avis, mais le malade sera de nouveau confié à l'anesthésiologiste du service qui l'a envoyé.

Le fait qu'un seul et même anesthésiste assure la consultation dans un département est donc critiquable.

C'est pour cette raison que certains médecins anesthésistes n'envisagent actuellement qu'une consultation au lit du malade, dans les différents services de médecine et de chirurgie.

D'autres acceptent la consultation à l'intérieur du Département, faite par le Chef du Département, mais dans un deuxième temps, en cas de difficultés. Ils préfèrent la présence d'un anesthésiologiste dans toutes les consultations chirurgicales, qui dirigerait éventuellement les malades vers la consultation d'anesthésiologie.

Cependant, le fait que le médecin-consultant et l'anesthésiologiste ne soient pas la même personne, n'entraîne pas obligatoirement une rupture du dialogue.

Il n'est en effet pas difficile, lors de la consultation, de prévenir le malade qu'il va être confié au médecin-anesthésiste du service, et que ce dernier sera au courant du dossier complet et des résultats de tous les examens pratiqués.

Le but de cette consultation : faire un bilan médical complet et diminuer, dans la mesure du possible, la durée d'hospitalisation, peut être expliqué au malade.

D'ailleurs, la consultation ne supprime en aucun cas la visite préopératoire au lit du malade.

Il y a cependant un risque : les divergences de point de vue entre les deux anesthésiologistes.

Ce risque de divergence sera diminué si un dialogue direct peut s'établir entre les deux personnes, voire même avec le chirurgien, si les problèmes que posent le malade sont très importants.

De cette discussion doit résulter un programme de soins cohérent, le meilleur possible pour le bien de l'opéré.

Que la consultation soit faite par le médecin-anesthésiste du service dans lequel le malade va être opéré, ou par le Chef du Département d'Anesthésiologie, les deux solutions peuvent être valables.

Mais une notion domine : l'anesthésiologiste consultant doit être très compétent dans sa propre spécialité.

La consultation doit être envisagée comme une consultation de spécialiste, dont les chirurgiens reconnaîtront la valeur.

L'impossibilité dans laquelle se trouvent souvent les anesthésiologistes, d'imposer une préparation au malade, un horaire prudent, voire un type d'intervention qu'ils jugent seulement possibles, en dénonce la méconnaissance.

Et partout où l'anesthésiologiste n'est pas reconnu comme un médecin à part entière, l'idée même d'un dialogue préopératoire avec le chirurgien ne peut atteindre un niveau suffisant pour que sa consultation soit envisagée.

L'anesthésiologiste spécialiste, aura sa place dans l'équipe chirurgicale, non plus seulement comme exécutant, mais comme "codirigeant", dont l'avis sera pris en considération au même titre que l'avis d'autre spécialiste (cardiologue, pneumologue...).

Le dialogue s'établira d'égal à égal et non plus dans le cadre de la hiérarchie actuelle. Deux personnes s'occuperont d'un malade du début à la fin du traitement.

En outre, la consultation aura valeur d'enseignement : le médecin-anesthésiste, s'il est moins expérimenté, pourra tirer profit des confrontations et des dialogues avec le chirurgien et le Chef du Département.

II - LE PROBLEME DES EXAMENS COMPLEMENTAIRES

Après le dialogue avec le malade et l'examen clinique poussé, le médecin-anesthésiste consultant possède déjà de nombreuses données concernant l'état du patient.

Très souvent, il faudra compléter ces données par des examens paracliniques.

A - Quand demander ces examens

+ La plupart du temps, ils sont pratiqués lors de l'hospitalisation du malade dans le service chirurgical.

C'est le chirurgien qui a décidé la date d'hospitalisation, c'est lui qui décide la date d'intervention, en accord avec l'anesthésiologiste, en fonction des examens à demander et de la préparation médicale et chirurgicale du patient.

Cela nécessite parfois un allongement du temps d'hospitalisation préopératoire.

+ Mais ils pourraient être pratiqués le jour de la consultation préanesthésique.

Cela : . soit éviterait au malade plusieurs déplacements à l'hôpital ou auprès d'un laboratoire d'analyses médicales.

. soit lui épargnerait quelques jours d'hospitalisation.

Sur le plan psychologique, le fait de se trouver dans son milieu habituel diminuerait le stress du futur opéré. Celui-ci séjourne habituellement plusieurs jours dans un service, "sans rien faire", à côté d'autres opérés dont l'état est plus ou moins précaire, attendant, outre des examens spécialisés dont les délais de rendez-vous sont relativement longs, des examens de pratique médicale beaucoup plus courante.

D'autre part, le médecin-anesthésiste aurait en mains plus rapidement tous les résultats concernant le malade. Ce qui lui permettrait :

- de donner des indications précises au chirurgien et à l'anesthésiologiste du service, et ce avant l'hospitalisation.

- de mettre en route immédiatement une préparation médicale du malade.

Mais, faire pratiquer dans une même journée tous les examens demandés par l'anesthésiologiste et le chirurgien, pose de nombreux problèmes :

. Le cumul d'examens fatiguants (EFR, radiographies digestives) risque d'être mal toléré par un sujet en mauvais état, surtout s'il doit rester à jeûn pour les dosages sanguins, ou s'il doit se déplacer en permanence dans les différents services de l'hôpital, pour des examens dont il ne comprendra pas toujours l'utilité.

. La réalisation pratique de nombreux examens à l'intérieur de la consultation est difficilement envisageable dans les structures hospitalières actuelles : les locaux, le matériel, le personnel manquent encore.

L'hôpital de jour, ou plus exactement un service d'hospitalisation de jour apparaît alors comme la solution idéale :

Le malade est hospitalisé une journée, la consultation préanesthésique est réalisée, les examens pratiqués, la consultation d'un spécialiste (cardiologue, pneumologue, dermatologue) peut être faite.

Le service disposant d'un équipement complet, un bilan détaillé est ainsi pratiqué avec une moindre fatigue pour le malade.

B - Quels examens demander

On ne peut pas donner de réponse précise.

L'interrogatoire et un examen clinique complet doivent-ils être systématiquement accompagnés d'examens complémentaires, trop souvent demandés par routine ou dans un but incantatoire, ou pour masquer l'absence d'examen clinique ?.

Le Docteur J.P. MACHET pose le problème :

" Je n'ai jamais pu obtenir des spécialistes en anesthésiologie de réponse formelle à la question de savoir à quels examens préopératoires il faut procéder systématiquement chez un sujet sain."

Sur le plan légal, il n'existe aucune disposition qui impose des examens préopératoires systématiques.

Sur le plan de la jurisprudence, il existe "quelque chose" d'assez sommaire. Depuis un arrêt de la Cour de Cassation (1936), les rapports médecins-malades sont contractuels : le médecin s'engage à donner au malade des soins, non seulement attentifs et dévoués, mais aussi conformes aux données actuelles de la science.

Dans chaque cas particulier, l'attitude du médecin sera appréciée selon ces exigences.

Ainsi, un cas a donné lieu à un arrêt de la Cour de Cassation, le 18 mars 1969.

" Il s'agit d'une appendicectomie. Le malade est mort d'urémie. La Cour d'Appel a condamné le praticien qui n'avait effectué aucun examen préopératoire. A la suite d'un rapport d'expertise, la Cour de Cassation a confirmé la décision de la Cour d'Appel, car elle a estimé que le fait de ne pas effectuer ces examens pré-opératoires avait fait perdre une chance de survie au malade."

Mais la Cour de Cassation n'a pas pour autant dit quels étaient les examens qui auraient du être pratiqués.

Ce fait revêt aussi une certaine importance aux yeux du contrôle médical des Caisses d'Assurance-Maladie : les Caisses remboursent quotidiennement des sommes élevées correspondant à des examens systématiques pratiqués avant toute intervention. Il leur importe donc de savoir si les frais avancés correspondent à une nécessité évidente.

Par ailleurs, une série d'examens déterminée à l'avance est une grave démission de l'esprit.

Et lorsqu'un de ces examens n'aura pas été fait, les avocats pourront produire aussitôt la liste pré-établie et demanderont au tribunal "une condamnation sur sa foi".

La véritable question qui se pose à propos d'un examen, c'est celle de savoir à quoi il servira ?.

Par exemple, l'ECG : en quoi peut-on tirer de lui des renseignements préopératoires utiles ?.

Il est clair qu'un ECG normal n'empêchera pas un homme de mourir le lendemain, ou après l'intervention d'un infarctus du myocarde.

De plus, chacun des actes pratiqués doivent correspondre à une situation clinique déterminée.

Ce fait souligne la nécessité d'une consultation préanesthésique faite par un anesthésiologiste compétent, ayant une grande expérience de la préparation des malades, mais aussi des complications post-opératoires et de leur traitement.

C'est dire aussi l'intérêt des dossiers qui devront être complétés après l'intervention, afin de pouvoir établir, sur un grand nombre de dossiers, une corrélation entre l'état préopératoire du malade, l'acte chirurgical effectué et les complications post-opératoires présentées.

L'idée d'une analyse de toutes ces données par ordinateur peut alors être envisagée.

Il n'est donc pas question de faire des bilans systématiques en fonction d'une liste stéréotypée d'examens :

" Le propre de la médecine est de ne pas démissionner de son rôle en systématisant ce qui ne saurait l'être : la maladie et la vie humaine."

Et H. PEQUIGNOT précise :

" Il faut se méfier du bilan préopératoire qui se présente comme une assurance tout risque et qui permet ensuite de commettre beaucoup d'imprudences"

Il faut cependant recourir à un minimum d'examens complémentaires.

Deux notions interviennent alors :

+ La situation préopératoire

H. PEQUIGNOT en considère trois :

" - L'urgence. Sans que les examens soient systématiques, il en est qui même dans ce cas, ne peuvent être omis. Le groupe sanguin en est un.

- La situation du malade qui va être opéré, mais dont une observation médicale a permis de connaître l'état.

- La situation du malade "neuf", qui n'est passé entre les mains d'aucun médecin ou chirurgien (hernie ou fracture...). Là, tel ou tel examen peut être nécessaire. "

+ Les accidents opératoires redoutés

Par exemple, les accidents médicamenteux, les troubles cardiaques, (décompensation d'une insuffisance, arrêt cardiaque brutal ...), la décompensation d'une insuffisance respiratoire chronique, ou même l'accident vasculaire cérébral, l'embolie pulmonaire.

L'établissement d'une liste est donc inutile, car il est évident que les examens complémentaires varieront avec chaque malade.

III - ESSAI DE SYNTHÈSE

1°) Généralités

La nécessité d'une consultation d'anesthésiologie est loin d'apparaître évidente à tous. On peut s'en étonner dans le climat judiciaire actuel où l'Anesthésiologie est mise trop souvent en vedette.

L'acte chirurgical n'est en effet conçu que selon une "partition à trois voix" : "patient - médecin traitant - chirurgien."

La composante anesthésique, quand elle est évoquée, ne l'est trop souvent qu'au moment ultime de l'assistance opératoire, devant l'évidence banale : "Il faut "endormir" et "réveiller," et cela en toute sécurité."

La consultation préanesthésique doit être un préalable à l'hospitalisation de tout patient pour lequel une intervention est prévue.

Cette consultation, rappelons-le, doit tendre à contribuer au bien être du malade, à réaliser au mieux une adaptation de la technique anesthésique au terrain et à l'intervention, assurant ainsi le confort maximum de l'opéré, de l'opérateur, et de l'anesthésiologiste.

Elle permet une prise de contact entre l'anesthésiologiste et le malade, non encore désocialisé par l'hospitalisation, réalisant ainsi une véritable "prémédication psychologique".

Elle permet surtout un dépistage précoce des tares, un traitement rapide d'une affection aiguë.

La réduction de la durée de l'hospitalisation est alors possible, non seulement préopératoire, mais aussi post-opératoire, par la prévision des complications et leur prévention.

Enfin, sur le plan économique et social, la consultation présente un triple intérêt :

- personnel : pour le malade qui voit son séjour à l'hôpital réduit.
- économique : si l'on tient compte du prix de journée, mais aussi du prix de revient des accidents.
- social : si l'on se rappelle l'insuffisance de personnel et du nombre de lits disponibles.

2°) Modes de réalisation

On peut envisager deux possibilités :

- La consultation dans le Département d'Anesthésiologie
- La consultation dans le Service de Chirurgie.

A - La consultation dans le Département d'Anesthésiologie

a) Organisation

- Elle est assurée par le Chef du Département ou ses Adjoints.
- Une infirmière et une secrétaire représentent le personnel minimum indispensable.
- Un minimum de matériel est également nécessaire, en particulier ECG et spirographe.

- Les examens complémentaires, les consultations auprès d'autres spécialistes seront prévus le jour même.
- Il appartiendra ensuite à l'anesthésiologiste de centraliser les résultats, de décider de la préparation du malade et de donner son avis sur la meilleure technique per- et post-opératoire.

b) Avantages

- La consultation est réalisée par le Chef de Service ou un Adjoint. Ceci lui confère :
- Un rôle d'enseignement pour les anesthésiologistes moins expérimentés.
- Une certaine valeur au regard des malades et surtout des chirurgiens.

La consultation est donc autonome, réalisée en dehors de l'influence dominatrice du chirurgien.

Elle assure donc au mieux le confort des malades.

Elle permet enfin d'établir un dossier anesthésiologique pour chaque consultant.

c) Inconvénients

- Elle nécessite du personnel, des locaux adaptés, un matériel suffisant. Ceci est souvent difficile à réunir dans les structures hospitalières actuelles.
- Problème du recrutement.
Les patients, adressés à la consultation, peuvent être sélectionnés par
 - . le médecin correspondant
 - . le chirurgien
 - . l'anesthésiologiste d'un service.

et choisis
selon

- . le terrain particulier
- . le type d'intervention envisagée
- . les problèmes préopératoires.

Mais le choix des malades par le chirurgien implique d'abord que celui-ci soit acquis à l'idée de la consultation.

Cela suppose aussi une présomption de la part du chirurgien, qui peut être évidente s'il s'agit d'une tare majeure. Elle peut manquer en revanche pour des problèmes plus techniques que le chirurgien ne peut ignorer (interférence des drogues ..).

De plus, la sélection chirurgicale des patients ampute la consultation d'Anesthésiologie de l'intérêt du dépistage.

Or, l'intérêt individuel et statistique de la consultation voudrait que tous les malades chirurgicaux soient adressés à l'anesthésiologiste.

- Difficulté de dialogue avec les chirurgiens ou les spécialistes

La centralisation de la consultation au Département d'Anesthésiologie, loin des autres consultations, est une gêne à ce dialogue :

+ Avec le chirurgien en ce qui concerne l'opportunité du geste chirurgical, lorsque le risque anesthésique est majeur.

Il est évident que ce risque sera pris chaque fois que l'acte chirurgical conditionne le pronostic vital, mais il existe des indications discutables.

+ Avec le chirurgien en ce qui concerne les dates souhaitables d'hospitalisation et d'intervention.

Ces dates sont souvent déjà fixées lorsque le chirurgien adresse le malade à la consultation, et les modifications sont difficiles à obtenir.

+ Avec d'autres spécialistes.

Lorsqu'un patient a été adressé à un spécialiste, les informations sont transmises directement à l'anesthésiologiste du malade, ou à son chirurgien, mais rarement au Département d'Anesthésiologie. D'où la dissémination des dossiers dans l'hôpital.

- Pluralité des médecins

+ L'anesthésiologiste consultant endort rarement le malade. Nous avons déjà abordé ce problème.

+ Ceci entraîne une absence d'unité dans la rédaction des fiches et l'appréciation de certains troubles.

D'où la nécessité d'un dossier pré-établi, rempli correctement par tous. Ces dossiers pourront être ensuite établis sur ordinateur.

Les divers essais réalisés à ce jour permettront sans doute la réalisation d'un dossier anesthésiologique homogène.

B - La consultation dans le Service de Chirurgie

a) Avantages

- Elle est réalisée par l'anesthésiologiste du service, au cours de la consultation chirurgicale.

- Le personnel para-médical est le même :

- . les mêmes locaux peuvent être utilisés,
- . seul le matériel (ECG, spiromètre) devra être prévu séparément.

- Comme nous l'avions déjà signalé, elle peut se dérouler de deux manières :

. consultation de l'anesthésiologiste en même temps que celle du chirurgien. Mais elle augmente le temps de consultation, et peut être considérée comme une perte de temps par le chirurgien.

. consultation séparée : l'anesthésiste assiste à l'examen chirurgical puis retient le malade pour un examen médical plus approfondi.

Il n'y a pas de retard pour le chirurgien.

- L'anesthésiologiste et le chirurgien peuvent alors décider immédiatement et en commun :

- . des examens complémentaires à demander.
- . du traitement préopératoire.
- . de la date de l'intervention

Le dialogue est ainsi facilité.

- La transmission des résultats est simple.

Le dossier anesthésiologique du patient est complet.

Les suites opératoires pourront y être inscrites plus facilement.

- Le recrutement de la consultation est assuré

L'intérêt du dépistage est conservé.

L'utilisation statistique des dossiers est plus réalisable, car ils sont réunis en un même lieu.

- Enfin, c'est l'anesthésiologiste consultant qui endort le malade. Le contrat de soins est véritablement établi.

b) Inconvénients

- Cette consultation ne peut se concevoir qu'auprès de chirurgiens ayant parfaitement compris et admis la raison et la nécessité de cette "intervention" de l'anesthésiologiste.

- La reconnaissance de l'anesthésiologiste en tant que spécialiste est plus difficile.

C'est redire la nécessité absolue d'un anesthésiologiste compétent qui saura faire admettre son opinion.

C - Les deux formes de consultation peuvent être associées

L'anesthésiologiste adressera alors à la consultation du Département des malades pour lesquels le risque anesthésique est majeur.

L'efficacité d'une consultation implique donc une information meilleure des chirurgiens, et leur adhésion plus complète.

Avec l'aide de tous, la consultation servira la sécurité des futurs opérés, et élèvera une défense nouvelle face aux risques prévisibles et aux contestations judiciaires.

C O N C L U S I O N
=====

Malgré les meilleures structures et la spécialisation actuelle, le nombre d'accidents opératoires reste constant.

C'est pour faire face à ce problème que le Professeur GUILMET a créé à Paris la CONSULTATION PRE-ANESTHESIQUE.

Activité encore discutée à l'intérieur de notre spécialité, elle se développe cependant en France.

Elle consiste en un examen complet du malade, auquel sont éventuellement ajoutés des examens complémentaires.

Ce bilan pré-opératoire est réalisé à distance de l'intervention. Il permet alors, grâce à une meilleure connaissance du malade :

- de diminuer la durée d'hospitalisation, à la fois pré-opératoire et post-opératoire.
- de diminuer le risque opératoire :
 - + en préparant véritablement à l'intervention, tant sur le plan des principaux organes vitaux, que sur le plan psychologique.
 - + en adaptant à la fois la technique chirurgicale et la technique anesthésique au terrain particulier du malade.
 - + en prévenant les complications ou les accidents liés soit à la chirurgie, soit à l'anesthésie.

Mais la création et le fonctionnement de cette consultation posent des problèmes certains et sur divers plans :

- + locaux adaptés
- + personnel médical et para-médical disponible et compétent.
- + reconnaissance par les pouvoirs publics et surtout par les chirurgiens de son utilité en tant qu'acte médical indispensable effectué par un anesthésiologiste.

Enfin, le malade ne choisissant pas son anesthésiologiste, la consultation établit entre eux un contrat. C'est sur l'établissement - ou le non établissement - de ce contrat que va s'appuyer la justice en cas d'accident.

La consultation pré-anesthésique s'impose donc aux yeux de tous, aussi bien dans le cadre de la chirurgie lourde que dans le cadre de la chirurgie ambulatoire, et elle s'inscrit parfaitement dans la perspective moderne de l'hôpital de jour.

Le Président de la Thèse,
Professeur R. DFLEUZE

Le Directeur de l'U.E.R. LYON-NORD,
Professeur J.P. GARIN

VU et PERMIS D'IMPRIMER
LYON, le 7 janvier 1976
Le Président de l'Université Claude Bernard
Professeur D. GERMAIN

BIBLIOGRAPHIE
=====

ADRIANI (J).

Techniques and Procedures of Anesthesia.
3rd Edition. C. Thomas Publisher.

BAUMANN (J), LASSNER (J), MARION (P), THOMERET (G), et collaborateurs.

Les morts subites peropératoires
C.M 1971 93.46 7365 - 7371

BERTRAND (P), BOUVET (P), FREJAVILLE (J.P), COMBAULT (A) et collaborateurs

L'anesthésie en exercice privé.

Importance croissante des accidents.

I. Le poids du risque. C.M 1973 95.38 5271 - 5277

II. La responsabilité. C.M 1973 95.39 5476 - 5481

III. La prévention. C.M 1973 95.40 5695 - 5709

BOISSIER (J.R), GAULTIER (M), NICOLAS (F), TILLEMENT (J.P), VOURET (G).

Les interférences médicamenteuses.

XX^{ème} Congrès National d'Anesthésie-Réanimation.

Strasbourg 1970.

BOUREAU (J).

Les impératifs de l'anesthésie générale chez les malades
ambulatoires.

E.M.C 1965 36431 A 10

BOUVET (P), DELEUZE (R), FREJAVILLE (J.P.), COMBAULT (A) et collaborateurs.

Débat : Il n'y a pas de petite anesthésie.

C.M 1970 92.43

BOUVET (P), CHARBONNEAU (P), FREJAVILLE (J.P), et collaborateurs.

Etre anesthésiste à l'hôpital public.

C.M 1973 95.36 4955.4959

BRINDLE (G.F), LAMARCHE (Y), SOLIMAN (M).

L'anesthésie du malade ambulatoire.

Expérience de 2500 cas.

A.A.F. 1974 XV. 9.829 - 833

CAMPAN (L).

Comment définir l'anesthésie ambulatoire.

A.A.F. 1974 XV. 9.799 - 801

CAPON (N), GAXIE (J.J), MEURTERFVE et VAN GERTRUYDEN (J.C).

Les méthodes d'évaluation du risque chirurgical

XIX^{ème} Congrès ASS. Belg. Chirurg. 1965

Acta Chirurgica Belg. Supplément II. 1965

CARILLON (P), CROMBAULT (A), HUSSON (R), MACHET (J.P) et collaborateurs
Examens pré-opératoires : Systématiques ou non.
C.M 1972. 94.35 5545 - 5549.

CHICOU (F.J.), DE LAUTURE (H), POLGE (M).
L'autoquestionnaire en médecine clinique.
C.M 1972 94.42 6969 - 6976.

DELOLME Hélène
Contribution à l'étude des différentes techniques d'anesthésie
en usage en stomatologie.
Patients ambulatoires et problèmes médico-légaux.
Thèse Lyon 1973. N° 213.

DURANTEAU (A).
De quelques traitements contrariants en cas d'anesthésie
générale.
C.M 1973. 95.10 1780 - 1785.

FAVAREL-GARRIGUES (J.Cl), BONY (D).
Les arrêts cardiaques per-opératoires.
C.M 1976. 98.1. 29 - 31

FOLLANA (R), SAMPOL (J).
Exploration pré-opératoire de l'hémostase dans les hémopathies.
Biologie médicale. N°2. Juillet 1972. p. 107 - 114

FRANCOIS (G), GOIN (F).
Le risque opératoire chez le vieillard.
Corse Med. Med. 1971. 17.196 113 - 120

FRANCOIS (G), GOIN (F).
Le risque opératoire.
Institut d'Anesthésie-Réanimation de Lyon.
(Enseignement post-universitaire)
Année 1971 - 1972. p. 30

GAY (R).
L'anesthésie-réanimation
C.M 1973. 95 - 7 1249 - 1257

GIRAULT (A).
L'autorité et la responsabilité.
Nouvelle Presse Médicale. 1973. 2,32,2133 - 2135.

GOIN (F), RODDE (J.M), FONDARAI (J), FRANCOIS (G).
Le risque opératoire chez le sujet âgé.
A.A.R 1969. 26. 661 - 669.

GOMBAULT (A).

Responsabilité professionnelle et perte de chances.

C.M. 1973. 95 - 25. 4577 - 4580.

GRATADOUR (C), CUFFEL (P), DAURY (R), LAVIALLE (Y), LAVIALLE (V).

L'évaluation du coefficient de risque opératoire.

Nouvelle Presse Médicale. 1973. 2,39. p. 2587 - 2590.

GREZES - RUEFF (Ch), ARBUS (L), CAMPAN (L).

La responsabilité de l'anesthésiste dans l'anesthésie ambulatoire.

A.A.F. 1974. XV. 9. 839 - 843.

GRINGOIRE (J.D), CAZALAA (J.B).

Responsabilité professionnelle des anesthésiologistes.

A.A.R. 1974. 5,21. 271 - 282.

GUERRE (Y), ROUSSEL (C).

A propos de 10 000 investigations pré-cliniques au service du médecin praticien.

Médecine pratique. 1972. 1,469. p. 137 - 144.

GUILMET (C).

La consultation pré-anesthésique et ses conséquences.

Institut d'Anesthésie-Réanimation de Lyon.

1972 - 1973 p. 28.

GUILMET (C).

A propos d'une consultation d'anesthésiologie.

Anesthésie-analgésie-réanimation. 1973. 30,2. 387 - 396.

HIRSCH (A).

Constitution d'un dossier pneumologique individuel.

E.M.C. Poumons. 6 000 C 10. 9. 1972.

HUGIN (W).

Le risque opératoire.

Cahiers d'anesthésiologie. 1956. 4,3. 215 - 234.

HUSSON (R).

Le risque anesthésique.

A.A.R. 1974. 5,21. N° spécial. 379 - 406.

JOUFFRAY (C), CORDEIRO-FERREY (A), CHATELAIN (M), GUIGNIER (M), STIEGLITZ (P).

Réactions psychologiques à l'opération.

(travail préliminaire).

Cahiers d'anesthésiologie. 1969. 17. 577 - 579.

LASSNER (J), TARDIEU (M. Th), TARDIVEL (J).

Les anesthésies de courte durée et l'hospitalisation.
Cahiers d'anesthésiologie. 1968. 15,7. 886 - 893.

LASSNER (J).

Les traitements pré-opératoires et l'examen pré-anesthésique.
Cahiers d'anesthésiologie. 1973. 21,2. 235.

LAVOGEZ (M).

L'anesthésiologiste face à sa responsabilité.
Anest. Anal. Réan. 1974. 5,21. 331 - 336.

LEROY Bernadette

Enquête concernant la consultation d'anesthésiologie et résultats d'une expérience de trois ans.
Thèse Médecine Paris . 1971. N°81.

LEVY (G)

Exploration de l'hémostase pré-opératoire.
Valeurs et limites.
Biologie médicale. 1972. 2. p. 89 - 100.
(Journée de l'A.A.F. Marseille. Mars 1972).

MACREZ (C).

Interrogatoire et examen d'un cardiaque.
E.M.C. Coeur - Vaisseaux. 3. 19. 01. 1101. L 10.

MAIRESSE (J).

Soins dentaires et extractions sous anesthésie générale.
Thèse chirurgie dentaire. Lyon 1975. N° 418.

MILLERET (R).

Chirurgie sans hospitalisation : un problème d'organisation.
C.M.L. 1974. 22.50.1825.

MONTAGNE (J).

Précautions habituelles concernant la pratique de l'anesthésiologie.
Cahiers d'anesthésiologie. 1973. 8,21. 1055 - 1058.

NONNENMACHER (G.G.).

Le progrès médical et la diversification du risque et des responsabilités.
Lyon Médical. 1972. 228, 17. 405 - 411.

PASQUIER (J).

Interrogatoire et questionnaire.

Lyon Médical. 1974. 231,5, 381.

PERRIMOND (H), UNAL (D).

Exploration de l'hémostase chez l'enfant et le nouveau-né.

Biologie médicale. 1972. 2. p. 101 - 106.

PICARD (J.M), CHOFFAT (P), DENY (M.P), BOURSON (G).

Exploitation informatique des dossiers d'anesthésie au C.H.U.
de Nancy.

Les résultats d'une étude sur la prémédication de l'opéré.

A.A.R. 1974. 31,3. 439 - 448.

PICARD (J.M), LAXENAIRE (M.C), WEBER (C1).

Critères de réveil d'une anesthésie générale.

A.A.F. 1974. XV. 9. 823 - 828.

PONIATOWSKI (M).

Circulaire N° 394 du 30 avril 1974, relative à la sécurité
des malades anesthésiés.

Ministère de la Santé Publique et de la Sécurité Sociale.

POZZO DI BORGO (C), SEYS (G.A), BENOIST (M), BOCH-TPAI (F), RENDOING (J).

L'hôpital public est-il adapté à l'anesthésie ambulatoire.

A.A.F. 1974. XV. 9. 845 - 847.

RADIGUET DE LA BASTAIE.

L'évaluation pré-opératoire du risque opératoire en chirurgie
générale.

Epreuves fonctionnelles simples au cours de l'examen pré-opé-
ratoire.

Cahiers d'anesthésiologie. 1974. 21. 2. 149 - 164.

ROUSSET (H).

De l'interrogatoire en médecine à la notion de symptômes.

C.M.L. 50. 20. 1974. 1679 - 1684.

ROUSSET (H).

L'autoquestionnaire médical. Défense et illustration.

Lyon Médical. 1974. 231. 5. 383 - 393.

SERVAGENT (J.J.).

Place et responsabilité de l'anesthésiologiste-réanimateur
au sein de l'équipe soignante. Aspects relationnels et juridiques.

Thèse Lyon. 1972.

SIBILLE (G.).

Le risque anesthésique.

Thèse Strasbourg. 1963.

STIEGLITZ (P.).

L'anesthésiologie dans la médecine.

C.M 1974. 96.4 547 - 553.

VIARS (P.).

Incompatibilités médicamenteuses en anesthésie.

E.M.C. Anesth. Rean. 2. 1969. 36435. A¹⁰.

WYLIE (W.D.).

Le risque anesthésique.

Cahiers d'anesthésiologie.

T 23. 4. 1975. 351 - 362.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	Page 1
CHAPITRE I	Page 3
Pourquoi la consultation	
Définition	
CHAPITRE II	
I - Les expériences étrangères	Page 12
II - La consultation en France	Page 12
A - critiques de la consultation	
B - expériences en cours	
C - la consultation du Pr GUILMET à l'Hôpital St Antoine	
III - Notre expérience : la consultation préanesthésique en stomatologie	Page 26
A - Pourquoi la consultation	Page 26
A ₁ . composition du service	
A ₂ . déroulement général de la consultation	
B - Problèmes généraux	Page 29
B ₁ . recrutement des malades	
B ₂ . évolution du nombre des patients	
B ₃ . sexe des patients	
B ₄ . date de la consultation par rapport à l'intervention	
B ₅ . le questionnaire	
B ₆ . analyse de la pathologie médicale découverte pendant les consultations	
B ₇ . indications	
C - Critères d'efficacité : Le bilan	Page 46
C ₁ . problème des examens complémentaires	
C ₂ . les contre-indications	
C ₃ . préparation	
C ₄ . hospitalisation	
CHAPITRE III	
I - Le risque opératoire	Page 54
II - Problèmes de l'anesthésie ambulatoire	Page 64

CHAPITRE IV - Organisation de la consultation

I - Par qui doit être faite la consultation Page 71

II - Problèmes des examens complémentaires

A . Quand demander ces examens Page 73

B . Quels examens demander Page 75

III - Essai de synthèse

1. Généralités Page 77

2. Modes de réalisation Page 78

A- la consultation dans le Département
d'Anesthésiologie

B- la consultation dans le service de chirurgie

CONCLUSION

Page 83

BIBLIOGRAPHIE

